



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - DOUTORADO

**O APOIO SOCIAL E A SATISFAÇÃO DE HIPERTENSOS
COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Jairo Domingos de Moraes

João Pessoa-PB

2019

JAIRO DOMINGOS DE MORAIS

**O APOIO SOCIAL E A SATISFAÇÃO DE HIPERTENSOS
COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Doutorado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Modelos em Decisão

Orientadores:

Prof. Dr. Neir Antunes Paes

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

JOÃO PESSOA-PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M827a Moraes, Jairo Domingos de.

O APOIO SOCIAL E A SATISFAÇÃO DE HIPERTENSOS COM A
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE / Jairo Domingos de Moraes. -
João Pessoa, 2019.
133f. : il.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Hipertensão. 2. Avaliação de Programas e Projetos de
Saúde. 3. Apoio social. 4. Atenção Primária à Saúde. I.
Título


UFPB/CCEN

JAIRO DOMINGOS DE MORAIS

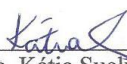
**O APOIO SOCIAL E A SATISFAÇÃO DE HIPERTENSOS
COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

João Pessoa, 15 de fevereiro de 2019


Banca Examinadora



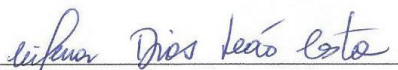
Prof. Dr. Neir Antunes Paes
Orientador – UFPB



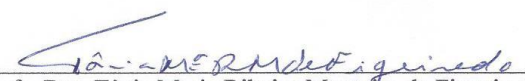
Profa. Dra. Kátia Suelly Queiroz Silva Ribeiro
Orientador – UFPB



Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes
Membro Interno – UFPB



Profa. Dra. Nilma Dias Leao Costa
Membro Externo – UFRN



Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Membro Externo – UEPB

Aos meus pais **Joasildo e Verusca**, responsáveis pela minha educação e caráter.

A minha esposa **Cristiane** pelo incentivo, apoio e compreensão.

A minha filha **Maria Gabrielle** pelo carinho e motivo da minha motivação pessoal.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por sempre guiar os meus passos nos caminhos certos em todos os momentos da minha vida;

A minha **família**, pelo carinho e amor irrestrito, tudo que sou hoje foi devido ao esforço, carinho e sacrifício de vocês;

Aos professores **Neir Antunes** e **Kátia Ribeiro** pelo apoio na conclusão desta trajetória, pela disponibilidade de tempo, dedicação, compartilhamento de conhecimento, além de muita compreensão e conselhos ao longo desta caminhada, mas além de tudo pelo grande exemplo de educadores;

Minha gratidão a **Universidade Federal da Paraíba (UFPB)**, instituição que me acolheu com sua filosofia, academicismo e inovação e formação exemplar;

A Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, em especial a **Naédina Gomes, Rosângela e Lilia Medeiros** pela disponibilidade e apoio realizado nessa trajetória;

A todos os **amigos** que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento acadêmico, profissional e principalmente humano;

Ao **Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - UFPB**, pelos docentes e discentes deste programa, que sempre estiveram à disposição para contribuir com seus conhecimentos e compartilharam seus conhecimentos para a concretização deste trabalho;

A **Francisco Santos**, amigo, funcionário exemplar, que aconselhou e ajudou com a formatação deste trabalho e orientou todas as etapas e tramites legais concernentes a este processo;

A **banca examinadora**, por aceitarem o convite e disponibilizarem tempo para me ajudarem nesse processo;

E a **todos** aqueles que contribuíram de alguma forma na construção desta Tese.

RESUMO

O controle da hipertensão e consequente sucesso do tratamento dependem de uma série de fatores individuais que predispõem os sujeitos ao adoecimento e à adesão dos mesmos à terapêutica proposta. O tipo de apoio social e a satisfação com os serviços da Atenção Primária à Saúde, trabalhados como instrumentos de avaliação, se relacionam e influenciam o sucesso do tratamento da pessoa com hipertensão. Neste contexto este trabalho teve como objetivo principal construir um índice sintético para avaliar a percepção sobre a satisfação com Atenção Primária à Saúde e o apoio social percebido pelos usuários da coorte de hipertensos do município de João Pessoa. Um índice sintético global foi construído a partir de uma média ponderada das variáveis que compuseram a dimensão satisfação do usuário, bem como do apoio social percebido com a Atenção Primária à Saúde. Este índice foi aplicado na coorte de hipertensos de 2016 para o município de João Pessoa-PB, desde 2009, para os cinco distritos sanitários. Os eixos relativos à satisfação dos usuários hipertensos influenciaram negativamente no índice sintético global enquanto os eixos relativos ao apoio social tiveram um escore relativamente alto. Testes estatísticos mostraram que houve diferença significativa ao nível de 5% nos índices sintéticos globais entre os distritos sanitários de saúde. Concluiu-se que o índice se apresentou como um instrumento de utilização prático, útil e efetivo para efetivação de melhores práticas entre os territórios e na avaliação das ações na Atenção Primária quanto ao cuidado ao hipertenso.

Palavras-chave: Hipertensão; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Apoio social; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The control of hypertension and the consequent success of the treatment depend on a series of individual factors that predispose subjects to illness and their adherence to the proposed therapy. The type of social support and satisfaction with Primary Health Care services, worked as evaluation tools, are related to and influence the success of the treatment of the person with hypertension. In this context, the main objective of this study was to construct a synthetic index to evaluate the perception about satisfaction with Primary Health Care and the social support perceived by the users of the hypertensive cohort of the city of João Pessoa. A global synthetic index was constructed based on a weighted average of the variables that made up the user satisfaction dimension, as well as the perceived social support with Primary Health Care. This index was applied in the 2016 hypertensive cohort for the municipality of João Pessoa-PB, since 2009, for the five health districts. The axes related to the satisfaction of hypertensive users negatively influenced the overall synthetic index while the axes related to social support had a relatively high score. Statistical tests showed that there was a significant difference at the 5% level in the global synthetic indices among health health districts. It was concluded that the index was presented as an instrument of practical, useful and effective use for the accomplishment of best practices among the territories and in the evaluation of the actions in Primary Care regarding the care to the hypertensive.

Key words: Hypertension; Evaluation of Health Programs and Projects; Social support; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 -	Principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de hipertensão arterial e suas complicações.....	29
Figura 3.1 -	Delimitação dos distritos sanitários de saúde na cidade de João Pessoa..	47
Figura 3.2 -	Principais Figuras e relações utilizadas no diagrama de caminhos.....	62
Figura 4.1 -	Distribuição das fichas de e-SUS AB formato CDC.....	70
Figura 4.2 -	Fluxograma analisador do percurso do usuário até geração da informação de hipertensão arterial e envio de dados com o HIPERDIA (sem preenchimento) e do e-SUS formato CDS (com preenchimento)...	73
Figura 4.3 -	Diagrama de caminhos - Resultado da análise confirmatória para o modelo final hipotetizado.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 -	Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	30
Quadro 1.2 -	Descrição das dimensões da Atenção Primária à Saúde.....	39
Quadro 3.1 -	Indicadores de Ajuste pela Máxima Verossimilhança do Modelo Final..	61
Quadro 4.1 -	Comparação das informações de Identificação do usuário contidas no HIPERDIA e no e-SUS AB formato CDS.....	71
Quadro 4.2 -	Comparação das informações de Documentos gerais e Obrigatórios, endereço, dados clínicos e tratamento contidas no HIPERDIA e no e-SUS AB formato CDS.....	72
Quadro 4.3 -	Escala de apoio social para hipertensos cadastrados na APS.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 -	Número e percentual de perdas nas entrevistas realizadas em João Pessoa, 2009 a 2011, 2015 e 2016.....	50
Tabela 3.2 -	Número e percentual de perdas cumulativas nas entrevistas realizadas em João Pessoa, 2009, 2011, 2015 e 2016.....	51
Tabela 3.3 -	Requisitos básicos para a realização da análise fatorial exploratória....	59
Tabela 4.1 -	Características sociodemográficas dos usuários hipertensos cadastrados na APS no município de João Pessoa em 2009 e 2016 com Intervalo de Confiança <i>Bootstrap</i>	79
Tabela 4.2 -	Perfil dos usuários hipertensos por distritos sanitários de saúde no município de João Pessoa.....	80
Tabela 4.3 -	Solução final da Análise Fatorial Exploratória e consistência interna do instrumento de apoio social ao usuário hipertenso.....	84
Tabela 4.4 -	Índices de adequação dos modelos testados na Análise Fatorial Confirmatória.....	86
Tabela 4.5 -	Comparação entre a variância compartilhada e a variância extraída do modelo de mensuração dos construtos: Fator 1, Fator 2 e Fator 3.....	86
Tabela 4.6 -	Estatísticas dos construtos: Fator1, Fator 2 e Fator 3 para a escala de apoio social ao usuário hipertenso em João Pessoa (amostra n = 171)..	87
Tabela 4.7 -	Pesos associados a cada uma das variáveis das dimensões dos instrumentos de Satisfação e Apoio social dos hipertensos de João Pessoa.....	91
Tabela 4.8 -	Índice composto por instrumento e dimensão segundo distrito sanitário de saúde de João Pessoa-PB, 2016.....	92
Tabela 4.9 -	Índice composto por instrumento segundo distrito sanitário de saúde de João Pessoa-PB, 2016.....	94
Tabela 4.10 -	Classificação do Índice Sintético Global por distrito sanitário de saúde de João Pessoa-PB, 2016.....	94
Tabela 4.11 -	Teste de Mann Whitney para Índice Sintético Global segundo os distritos sanitários de saúde do município de João Pessoa, 2016.....	95

LISTA DE ABREVIACÕES

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Atenção domiciliar
AFC – Análise fatorial confirmatória
AFE – Análise fatorial exploratória
AGFI – Adjusted Goodness of Fit Index
APS – Atenção Primária à Saúde
AVE – Acidente Vascular Encefálico
BTS – Teste de esfericidade de Bartlett
CnR - Consultório na Rua
CDS – Coleta de dados simplificada
CFI – Comparative Fit Index
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAB – Departamento de Atenção Básica
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DCV – Doenças cardiovasculares
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
DM – Diabetes Mellitus
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAPESQ – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba
GFI – Goodness of Fit Index
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
KMO – Kaiser Meyer Olkin
MAA – Medida de adequação da amostra
MOS – Medical Outcome Study
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NNFI – Non-normed Fit Index
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão arterial
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistêmica

PCFI – Parsimony Comparative Fit Index

PEC – Prontuário eletrônico do cidadão

PH – Pré-hipertensão

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNFI – Índice de Ajuste Normado de Parcimônia

PPGMDS – Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde

PROESF – Projeto de expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

RMR – Root Mean Square Residual

RMSEA – Root Mean Square of Approximation

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB - Sistema de Informação em saúde para a Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TLI - Tucker-Lewis Index

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	20
1.2	JUSTIFICATIVA.....	22
1.3	OBJETIVOS.....	24
1.3.1	Geral.....	24
1.3.2	Específicos.....	24
2	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS).....	25
2.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS.....	27
2.3	DESAFIO DO TRATAMENTO DA HAS: CONTROLE DA HIPERTENSÃO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO.....	31
2.4	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: HIPERDIA E E-SUS.....	34
2.5	SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	37
2.6	O APOIO SOCIAL NA SAÚDE.....	41
2.7	TEORIA CLÁSSICA DOS TESTES.....	44
3	METODOLOGIA.....	45
3.1	COORTE DE HIPERTENSOS.....	45
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	45
3.3	TIPO DE ESTUDO.....	47
3.4	3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
3.5	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS.....	51
3.5.1	Instrumento 1 – Satisfação do Usuário Hipertenso.....	51
3.5.2	Instrumento 2 – Escala de Apoio Social ao Usuário Hipertenso.....	52
3.5.3	Instrumento 3 – Prontuários.....	53
3.6	EXPLORAÇÃO DOS DADOS.....	54
3.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	55
3.7.1	Análise do perfil do Hipertenso.....	55
3.7.2	Situação Clínica do Hipertenso.....	56

3.8	VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DO APOIO SOCIAL AO USUÁRIO HIPERTENSO.....	57
3.9	CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE SINTÉTICO GLOBAL.....	62
3.10	APLICAÇÃO DO ÍNDICE SINTÉTICO GLOBAL.....	65
3.11	ASPECTOS ÉTICOS.....	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
4.1	COMPARAÇÃO ENTRE DOIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	68
4.2	ANÁLISE DO PERFIL DA COORTE DE HIPERTENSOS NA APS E DAS CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS DE SEGUIMENTO DURANTE A COORTE.....	77
4.3	VALIDAÇÃO DA ESCALA DE APOIO SOCIAL EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	82
4.4	CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DO ÍNDICE SINTÉTICO GLOBAL PARA HIPERTENSÃO.....	90
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS.....	100
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
	Apêndice B – Convite e instrumento para ser direcionado aos especialistas selecionados para a 1ª etapa do estudo: validação dos domínios e representatividade dos itens selecionados para a escala de apoio social.....	116
	Anexo 1 – Instrumento de satisfação com APS.....	127
	Anexo 2 – Instrumento de apoio social.....	130
	Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética.....	131
	Anexo 4 – Parecer do Departamento de Estatística.....	132
	Anexo 5 – Encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde.....	133

APRESENTAÇÃO

Esta tese faz uso da base de dados construída na coorte de hipertensos desenvolvida nas ondas de 2009, 2010, 2011 e 2016, por Neir A. Paes, coordenador do Laboratório de Estudos Demográficos (LED) onde este trabalho foi desenvolvido e orientado através de quatro projetos de pesquisa. O primeiro e segundo com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (PAES, 2008; 2009), o terceiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) (PAES, 2009b) e o último do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde (PPGMDS) (PAES, 2015).

A coorte de hipertensos adultos foi desenvolvida nos anos de 2009, 2010 e 2011 cujo objetivo consistiu em avaliar a efetividade do acompanhamento para o controle pressórico dos usuários registrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), para o município de João Pessoa, Paraíba segundo as normas da Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes, e retomada em 2016.

Nesta tese, surgiu a proposta de um estudo na perspectiva de aprofundar e compreender teoricamente quais as mudanças ocorridas no grau de satisfação dos hipertensos da coorte de João Pessoa antes (coorte 2009, 2010 e 2011) e depois (2016) no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS) e relacionar com o apoio social ao usuário hipertenso na APS, visando construir um índice sintético global que contemple essas dimensões, além de sistematizar a etapa do planejamento bem estruturada para desenvolver o trabalho de campo. Para alcançar este objetivo, traçou-se um caminho que buscou investigar duas linhas de pesquisas: a primeira trata da Satisfação do acompanhamento do usuário na APS e a segunda diz respeito ao apoio social ao usuário hipertenso.

O presente estudo destaca-se pelo caráter relevante e inédito para avaliação de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo aplicar metodologias até então pouco exploradas no Brasil, as quais abordam as relações entre satisfação dos usuários com as ações e serviços da APS e apoio social percebido pelos hipertensos cadastrados no sistema em um espaço temporal da mesma coorte (2009/2010/2011 e 2016).

Os resultados obtidos e a exploração dos indicadores compostos nesse intervalo de tempo permitirão ampliar as discussões e investigações acerca de um problema crônico que avança em larga escala no país, a hipertensão arterial e, por conseguinte avaliar a influência do apoio social e a satisfação do usuário hipertenso com a APS no município de João Pessoa-PB.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de caráter multifatorial, assintomática, conceituada como uma enfermidade que se caracteriza pelos níveis elevados e sustentados da Pressão Arterial (PA). Ela representa a principal doença cardiovascular nos dias atuais e que faz parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), responsáveis pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade no país, ocasionando expressivas taxas de internação e custos elevados devido às intercorrências associada à mesma (MALFATTI E ASSUNÇÃO, 2011; SBC; SBH; SBN, 2010).

No Brasil, a proporção de indivíduos com HAS representa um importante problema de saúde pública, prevalecendo entre 10% a 42% da população, dependendo da região, do critério de diagnóstico adotado e do subgrupo, afetando tanto jovens quanto idosos (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005; NEVES, 2008; SIMÃO et al., 2008). No Nordeste, foi observada uma prevalência de HAS entre 7,2% a 40,3% (PASSOS et al., 2006) e em João Pessoa, a prevalência diagnosticada foi de 11% (PAES, 2014). Corroborando com o exposto Lotufo (2005) e Willians (2010) reforçam que a HAS afeta aproximadamente um terço dos indivíduos em todo o mundo e é considerada uma das doenças mais presentes na população brasileira.

Devido a sua alta prevalência, a HAS é considerada o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo esta a principal causa de mortalidade em países desenvolvidos (CIPULLO et al., 2009). A HAS apresenta-se como um fator preditor para várias causas de morte, como acidentes vasculares cerebrais, doenças coronarianas, problemas renais, entre outros (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; ZAITUNE et al., 2006). Ela é responsável por 51% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 45% por doença cardíacas e contribui com 40% para a aposentadoria precoce (LIM et al., 2013).

Os principais fatores de risco relacionados à ocorrência da HAS podem ser divididos em não modificáveis, como sexo, idade, cor da pele, antecedentes familiares e em fatores modificáveis, que se relacionam aos hábitos de vida como diabetes *mellitus* (DM), tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade/sobrepeso, consumo de sal, hipercolesterolemia, escolaridade, estado civil e renda (ALVES; NAKASHIMA; KLEIN, 2010; BARRETO et al., 2003; HARTMANN et al., 2007; LESSA et al., 2004; YUSUF et al., 2001).

A HAS causa a redução da qualidade de vida e alto custo para o sistema de saúde brasileiro e, dessa forma, vem sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde como importante problema de saúde pública, onde o mesmo estabeleceu diretrizes para o acompanhamento e

tratamento destes indivíduos (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). Essas diretrizes buscam desenvolver ações na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da comunidade, a fim de que o hipertenso possa ter uma assistência adequada, com acompanhamento constante e, assim, diminuir as complicações que a doença pode desenvolver (BRASIL, 2013a). A APS vem servir como principal porta de entrada para os usuários numa perspectiva participativa e problematizadora, por meio de estratégias longitudinais, buscando otimizar as ações resolutivas dentro dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Diante do exposto, tanto a hipertensão arterial como o diabetes foram doenças motivadoras para que o Ministério da Saúde instituisse o Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético em 2001 (BRASIL, 2001), tendo como proposta principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os usuários são cadastrados no sistema informatizado disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), denominado: Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA), tendo garantia de uma única identificação do indivíduo através da utilização do Cartão Nacional de Saúde. Uma vez que o usuário é cadastrado, através do sistema, é possível gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática. Além do cadastramento, o plano da reorganização sugere a realização de grupos, como uma alternativa para facilitar a adesão ao tratamento proposto.

O Plano foi aprovado pela portaria/GM nº 16, de 01 de janeiro de 2002, e com ele trouxe uma reestruturação dos serviços de saúde, por meio deste documento, trazendo um direcionamento para os mecanismos de controle da doença com o objetivo de implantar um sistema universal, integral e unânime a toda a população (BRASIL, 2002).

Todavia, segundo Santos (2011), embora seja conhecida a eficácia e a efetividade das várias medidas preventivas e de controle para a HAS, esta morbidade ainda representa um dos maiores desafios em saúde e destaca ainda que dos sujeitos portadores de HAS, apenas um terço das pessoas regularmente acompanhadas nos serviços de saúde mantém sua pressão arterial em níveis considerados desejáveis.

O controle da hipertensão e consequentemente o sucesso do tratamento dependem de uma série de fatores individuais que predis põem os sujeitos ao adoecimento, à adesão dos mesmos à terapêutica proposta, a garantia de acesso ao tratamento, fortalecimento do vínculo entre indivíduos e profissionais de saúde, além de uma ação multiprofissional e comunitária

que possa servir de apoio, acompanhamento e cuidado aos hipertensos (SBC; SBH; SBN, 2010).

Silva (2011) reforça o exposto acima e afirma que o controle da pressão arterial e uma maior satisfação com os serviços e práticas que são prestadas no acompanhamento do usuário hipertenso na APS caminham para uma melhoria contínua do tratamento ao hipertenso.

A avaliação da satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado permite avaliar a relação médico-paciente, bem como além de avaliar a qualidade da atenção, relacionando-a a fatores como a melhora na adesão ao tratamento e a maior adequação no uso do serviço, tornando-se importante indicador de avaliação dos serviços de saúde. A satisfação do usuário com a APS influencia nos comportamentos adotados no processo de saúde e doença, que juntamente com os aspectos subjetivos destes processo e relacionados com os resultados do cuidado em saúde contribuem diretamente com o sucesso do tratamento da HAS (ZILS et al., 2009).

Outra questão que influencia o atendimento às necessidades da pessoa hipertensa e os aspectos subjetivos do tratamento é o apoio social que esses sujeitos e seus familiares conseguem mobilizar. Receber algum tipo de apoio social para lidar com uma condição crônica tem sido uma estratégia fundamental para a aderência e sucesso do tratamento. O tipo de apoio social prestado pelas redes de apoio social traz repercussões positivas sobre a saúde e adquirem um papel relevante na vida das pessoas portadoras de doenças crônicas, no sentido de amenizar as limitações que enfrentam durante o tratamento (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

Meirelles e Erdmann (2006) reforçam o exposto acima e referem que em nível comunitário, pode-se enumerar como fatores indispensáveis para o bem estar e a saúde das pessoas, a condição de vida, o acesso aos serviços de saúde e uma rede social de apoio social bem estruturada. Alguns autores (RODRIGUES; SEIDL 2008; TRAD et al., 2010) demonstram no âmbito das doenças crônicas que o apoio social influencia positivamente na saúde de usuários hipertensos e pode ser considerada relevante no sucesso do tratamento e acompanhamento destes sujeitos.

Assim, diante do momento de crise pessoal a família é o primeiro elemento da rede em que o hipertenso busca apoio, entretanto nem sempre a família consegue fornecer um apoio eficiente e adequado a este indivíduo e é neste momento que ele busca o apoio da rede formal. A APS deveria ser a primeira referência de apoio formal procurada pela população para o acompanhamento, prevenção de saúde e busca de orientações e informações, cujo usuário vem sendo visto como co-responsável no processo saúde-doença.

Dessa forma, é relevante estudar a satisfação do usuário a partir de um acompanhamento ao longo do tempo, além de analisar como com o apoio social ao usuário hipertenso podem contribuir para a melhoria dos serviços de atenção ao hipertenso, bem como propiciar resultados para uma estratégia resolutive. Essas duas perspectivas de aplicação são mensuráveis através de medidas que expressam sua importância, como a escala de Likert. Neste contexto, tratou-se como pertinente a construção de um índice sintético que permita agrega-las em uma única medida.

Portanto, a construção de um índice sintético global permite avaliar a satisfação do usuário da APS por meio de um amplo eixo de opções que envolvam aspectos fundamentais da qualidade do serviço. Dessa forma, acrescentar o apoio social prestado ao usuário hipertenso, abranje aspectos subjetivos dos indivíduos em múltiplas dimensões, tornando-se uma medida relevante para se obter resultados sistemáticos e que corroborem com ações mais específicas dentro da APS.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

O Brasil tem passado por um rápido processo de industrialização, urbanização e inovação tecnológica, levando a aglomeração de pessoas nas áreas urbanas e diminuição nas áreas/zona rurais, com repercussões importantes nos desenhos do perfil epidemiológico da população. Essa realidade tem provocado alteração nos seus hábitos de vida, padrão alimentar e consequentemente no quadro de morbimortalidade.

Tal realidade favorece o aparecimento das DCNT, dentre elas a HAS, principal fator de risco para as DCV. A HAS apresenta uma prevalência na população elevada, acometendo aproximadamente 25% da população mundial, com uma projeção estimada de 60% de aumento nos casos da doença em 2025 (SBH; SBC; SBN, 2010).

A HAS, segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBH; SBC; SBN, 2010), constitui uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Para um devido controle da HAS, o acompanhamento é uma condição importantíssima. Andrade (2011), encontrou, a partir da utilização dos dados das pesquisas de Paes (2008, 2009a), que o acompanhamento dos usuários hipertensos cadastrados no HIPERDIA do município de João Pessoa (PB), não afetou significativamente a redução dos seus níveis pressóricos.

Como parte integrante da avaliação, o grau de satisfação do indivíduo reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento, desde os cuidados técnicos, até o

relacionamento usuário/serviço de saúde. Uma relação satisfatória entre os profissionais, usuário e serviço é a maior contribuição que se pode oferecer em favor dos efeitos positivos no tratamento (JORGE et al., 2007).

Silva (2011) relata que a melhoria contínua de um tratamento ao hipertenso tem como consequência um maior controle da pressão arterial e uma maior satisfação. A autora ainda encontrou, em 2011, um alto percentual de indivíduos com níveis pressóricos não controlados (73,2%), mas que predominava entre eles um grau elevado de satisfação, apesar de acompanhados, quando indagados sobre as questões relacionadas com a dimensão Adesão/Vínculo.

Este paradoxo motivou o trabalho de Lima (2013), que estudou a influência da satisfação no controle da pressão arterial sistêmica na atenção primária com o uso de modelagem de equações estruturais e indicadores compostos, no município de João Pessoa – PB. A autora evidencia hipertensos em sua maioria apresentaram graus de elevados de “satisfação” e um não controle pressórico para todos os períodos da coorte e que a metodologia utilizada para avaliar aspectos importantes da “satisfação” com os serviços apresenta potencialidades para o problema da hipertensão, alargando a possibilidade de estudos que colaboram com o processo de tomada de decisão pelos gestores e profissionais.

Já Farias (2014), em um recorte da coorte desenvolvida por Paes (2009b), alerta para a necessidade de novas avaliações e alterações no sistema de acompanhamento dos hipertensos já que o preconizado pelo Ministério da Saúde transcende a facilitação do acesso ao medicamento.

A possibilidade da avaliação de serviços a partir de estudos de coorte com o uso de dados de grupos ou individuais permite a exploração dessas características e perspectivas relevantes dos sujeitos (GORDIS, 2010). Em consonância com a satisfação dos hipertensos com a APS, está o apoio social, pois ambos podem contribuir para os efeitos positivos no tratamento e no processo de saúde-doença-cuidado demonstrando efeitos positivos nas relações do usuário com serviços e profissionais de saúde, na adoção de novos estilos de vida e melhora da qualidade de vida e prevenção dos riscos às doenças (GALLANT, 2003; TILLTSON; SMITH, 1996).

Boutin-Foster (2005) postula que “receber apoio” da família, pessoas, grupos e instituições favorece a promoção à saúde, impactando positivamente na saúde do usuário. Já os usuários com falta de apoio social adequado parecem apresentar maiores dificuldades para aderir a comportamentos que promovam a saúde e previnam condições crônicas, como também a adesão ao tratamento, tendendo à piora de suas condições físicas.

É bastante restrita a literatura nacional referente a importância do apoio social no acesso aos serviços de saúde e as dimensões da APS, uma vez que o apoio é visto como um recurso para o suporte emocional, afetivo e permeia as preocupações dos epidemiologistas em mensurá-lo, através de escalas, cuja validação vem sendo conduzida pelos mesmos.

Dessa maneira, configuram-se como um problema para os serviços de atenção primária saber se, depois de decorridos quatro anos após a última parte da coorte de hipertensos de Paes (2009b), ainda persiste este paradoxo: altos percentuais de hipertensos com níveis pressóricos descontrolados, mas com graus elevados de satisfação com os serviços prestados pela APS. Que tipos de Apoio Social são mais evidentes ao hipertenso? Existe relação entre os tipos de apoio social e as dimensões da satisfação do usuário com a APS? Como captar este relacionamento em medidas sintéticas?

1.2 JUSTIFICATIVA

O problema do controle da HAS se configura como um dos grandes desafios da Atenção Básica (AB). No estudo de Silva (2011) realizado em João Pessoa, dentre os indivíduos acompanhados, 63,9% encontrava-se com níveis pressóricos não controlados. No Brasil, apesar das políticas de incentivo ao controle de pressão arterial, como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao HIPERDIA, a HAS ainda se apresenta como uma doença de prevalência alta e de difícil controle.

Em um recorte do estudo de Paes (2008, 2009a), desenvolvido por Andrade (2011), quando foram comparados os níveis pressóricos de hipertensos acompanhados e não acompanhados pelas Unidades de Saúde da Família (USF) em João Pessoa, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao controle da HAS, e não ficaram evidentes quais fatores que influenciaram neste achado. O autor questiona se o acompanhamento oferecido pelas USF's e a participação ativa do usuário no tratamento são de fato satisfatórios. Dantas (2013) também em um recorte do estudo de Paes (2008; 2009), constatou números alarmantes em relação ao não controle da PA em homens hipertensos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas cidades de João Pessoa (35,6%) e Campina Grande (44,2%).

A Atenção Primária à Saúde oferece um percentual de resolubilidade para o controle da HAS em torno de 60% a 80% (BRASIL, 2001a). Entretanto no estudo de Lima (2013) na medida em que se buscou analisar o controle pressórico, a partir das médias gerais para o triênio 2009, 2010 e 2011 conjuntamente na APS no município de João Pessoa-PB, o autor

apresentou um percentual de resolubilidade para o controle da HAS em torno 28,50% a 34,80%. Dentro do contexto da saúde pública, avaliar a partir de dimensões da APS propostas por Starfield (2002) são desafios constantes, tanto teóricos quanto metodológicos, principalmente quando todas as características dos usuários e dos serviços devem ser levadas em consideração, bem como outras a surgirem.

Os resultados do estudo de Lima (2013) em João Pessoa, mostraram que os hipertensos em sua maioria apresentaram graus elevados de “satisfação”, entretanto associados a um não controle pressórico para todos os períodos da coorte desenvolvida por Paes, superiores a 50%.

Sendo assim, avaliar a satisfação do usuário da APS nos diversos períodos da coorte, a saber 2009, 2010 e 2011 e 2016, bem como analisar o tipo de apoio social percebido pelo hipertenso, caracteriza um amplo eixo de opções que envolve aspectos fundamentais da qualidade de um serviço e cuidado ao usuário hipertenso. A perspectiva do usuário e o apoio social ao hipertenso interferirão na acessibilidade, na criação de vínculos e na consequente horizontalidade do cuidado, onde terá reflexos nas ações e estratégias no cotidiano dos serviços.

Investigar mais a fundo essa questão foi um grande desafio por parte dos pesquisadores, tendo em vista que a satisfação e o apoio social revelam um cenário amplo. Dessa forma, precisa ser desmembrada em todos os seus aspectos dimensionais, para melhor avaliar e, portanto contribuir dentro dos serviços que são prestados a população.

A avaliação e enfrentamento desse questionamento são de suma importância uma vez que irão favorecer a proposição de medidas de intervenção, possibilitando fornecimento de diretrizes e subsídios aos gestores e profissionais da saúde, para que a APS propicie ao indivíduo e à família um atendimento e atenção de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas abordagens darão contribuição para a construção de alternativas conjuntas entre serviço de saúde e usuários, acerca das intervenções mais condizentes com os problemas e situações identificadas, visando o aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços de saúde e propiciando avanços importantes no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde. Dito esse contexto os objetivos a seguir

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Construir um índice sintético global para avaliar a percepção sobre satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e o Apoio Social percebido pelos usuários da coorte de hipertensos do município de João Pessoa-PB.

1.3.2 Específicos

- Avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários da coorte de hipertensos;
- Validar uma escala para avaliação do apoio social aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica;
- Construir índices compostos para o instrumento de Satisfação com a APS e instrumento de Apoio Social;
- Aplicar o índice sintético nas Unidades Básicas distribuídas nos cinco distritos sanitários de Saúde em João Pessoa;

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

A noção de APS foi evidenciada pela primeira vez, no Reino Unido, através do relatório Dawson, em 1920. A APS é apresentada com uma forma de organização dos serviços de saúde que visa proporcionar um acesso mais pleno ao sistema de saúde, instituindo assim, um modelo com foco na prevenção, na promoção, no coletivo e na territorialização. As concepções desse documento e de APS nortearam a criação do sistema de saúde nacional do Reino Unido e de vários países, buscando mudar a lógica da prática curativa, individual e hospitalocêntrica que predominava em grande parte dos sistemas de saúde nacionais (FAUSTO; MATTA, 2007; LAVRAS, 2011).

Nos anos 1960, o movimento de medicina comunitária foi amplamente disseminado por vários países e escolas de medicina, impulsionando essa concepção e visando fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social, prestando serviços destinados à população que não dispunha de acesso aos serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A APS foi impulsionada então pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela carta de Alma-Ata na qual propuseram a atenção primária como uma estratégia de transformação e o aumento da cobertura dos sistemas nacionais de saúde. A APS foi tida como a principal estratégia para se chegar ao objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos (ALEIXO, 2002; FAUSTO; MATTA, 2007; SAWAYA, 2006).

Distintas concepções a respeito da APS foram sendo lançadas ao longo do tempo. Alguns autores destacam (CONIL, 2008; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007) que a atenção primária é compreendida por alguns países como um programa seletivo e focado em populações de menor renda, pois oferece um número reduzido de serviços, criada em função da necessidade de redução de custos e da reforma do Estado.

Já para Starfield (2002), a APS compreende o primeiro nível de um sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado e da organização do sistema de saúde, direcionada para promoção, manutenção e melhoria da saúde. Este nível de atenção aborda os problemas que acometem mais comumente a população, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar.

No Brasil, o grande marco da APS se deu com a criação do SUS que foi instituído no país por meio da Constituição de 1988 e estruturado sob a forma de uma rede de serviços

descentralizados, hierarquizados e regionalizados, incorporando os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação popular para atender com resolubilidade as necessidades de saúde dos grupos sociais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A organização da assistência à saúde no SUS se estrutura por redes de serviços em três níveis de atenção: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. No Brasil a APS designada como Atenção Básica à saúde foi posta em prática, pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. O PACS consistia em trabalhos de pessoas da comunidade, que foram treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde, constituindo-se uma estratégia que agrega idéias de proporcionar a população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações.

A partir de 1994, a Atenção Primária foi reestruturada e reorganizada com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser considerada uma estratégia de intervenção e de reorientação das práticas profissionais no âmbito da Atenção Primária, no que diz respeito ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

Em 2006, foi aprovada a Política de Atenção Básica, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o PACS e o PSF criando a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O modelo proposto pela ESF preconiza as noções de território de abrangência e adscrição da população, de forma que cada equipe de saúde se faz responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita na sua área de trabalho, devendo ser responsável por, no máximo, 3.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000 pessoas (BRASIL, 2017; ESCOREL et al., 2007).

Cabe as equipe de saúde, conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2011a ; ESCOREL et al., 2007).

Dessa forma, há dois diferentes tipos de atenção primária: as UBS's e a ESF. As UBS's têm como uma das principais atribuições o intervencionismo anterior ao controle, trabalhando com a demanda espontânea da população e contando com a ajuda da epidemiologia para monitoração das doenças, enquanto, que a ESF propõe-se a prevenção de

doenças e promoção a saúde, trazendo como finalidade o bem estar descrito na definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2005).

Em pesquisas comparativas entre os dois tipos de APS, realizadas em municípios das regiões do nordeste e do sul, em estudos do Projeto de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF) mostrou-se maior adequação da ESF quanto à oferta e à utilização de ações de saúde (FACHINI et al., 2006), além de maior qualidade da atenção ao pré-natal e à puericultura, embora estivessem em um contexto de baixa efetividade de ambos os modelos e existem evidências sobre a associação entre a maior cobertura da ESF e indicadores como menor mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006) e maior promoção da equidade (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008; BEZERRA et al., 2007).

O aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência e sua associação com o maior grau de orientação à APS modelo ESF têm sido evidenciados pela literatura científica (MACINKO; STARFIELD; ERINOSHIO, 2009; MOORE et al., 2003; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

A atenção primária à saúde é considerada a principal porta de entrada dos sistemas de saúde que oferece desafios no que diz respeito às doenças crônicas e têm sido muito estudada por conta da importância da busca de estratégias para redução da prevalência dos fatores de risco das mesmas. Entretanto, para que a APS maximize sua contribuição para a prevenção e controle de doenças crônicas, uma série de condições é imprescindível. Além de importante causa de morte, as doenças crônicas como a HAS e a diabetes mellitus (DM) impactam fortemente o orçamento da saúde, visto que ampliam muito os gastos, pois necessitam, muitas vezes, de tecnologias de alto custo e inovadoras (BODENHEIMER, 2008). O processo de desenvolvimento do SUS, através da universalidade do acesso via APS e do seu papel reorganizador dos outros níveis de Atenção, ainda enfrenta muitos desafios e barreiras.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

A HAS é definida como uma condição clínica multifatorial que se caracteriza pelos níveis elevados e sustentados da pressão arterial, que em geral está associada às alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo, somado a alterações metabólicas (SBHA; SBC; SBN, 2016).

A HAS é reconhecida como importante problema de saúde pública, por apresentar além de alta prevalência, baixas taxas de controle e evolução oligo/assintomática, um dos

principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013; SBHA; SBC; SBN, 2016). Apesar disso, é uma doença de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado, mesmo diante do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010; WEBER et al., 2014).

Devido à importância do tema nos últimos anos, estudos têm sido realizados ao redor do mundo, revelando grande variabilidade em sua prevalência. Sua prevalência no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação. Estudo com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%) (CHOR et al., 2015). Corroborando com o exposto, uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, com 44 estudos realizados em 35 países revelou uma prevalência global de 37,8% para o sexo masculino e 32,1% para o sexo feminino (PEREIRA et al., 2009).

Na meta-análise de Picon e colaboradores (2012), os 40 estudos transversais e de coorte sobre hipertensão arterial incluídos, mostraram tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0%. A prevalência de HAS apontada em inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos tem sido apresentada em torno de 30% (PEREIRA et al., 2009; ROSÁRIO et al., 2009).

Frequentemente a HAS é agravada pela presença de fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (LEWINGTON et al., 2003; WEBER et al., 2014). Os fatores de risco também podem ser classificados em fatores não modificáveis, como sexo, idade, cor da pele, antecedentes familiares, e modificáveis como diabetes mellitus, tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade/sobrepeso, consumo de sal, hipercolesterolemia, escolaridade, estado civil, renda, determinantes sociais, entre outros (BARRETO et al., 2003; HARTMANN et al., 2007; LESSA et al., 2004).

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA. Uma Meta-análise de estudos realizados no Brasil, incluindo 13.978 indivíduos idosos, mostrou 68% de prevalência de HA (PICON et al., 2013). Já em relação a cor da pele o estudo ELSA-Brasil, mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (CHOR et al., 2015).

O consumo excessivo de sódio é considerado um dos principais fatores de risco para HA (HE; MACGREGOR, 2010; ZHAO et al., 2011). No Brasil, dados da Pesquisa de

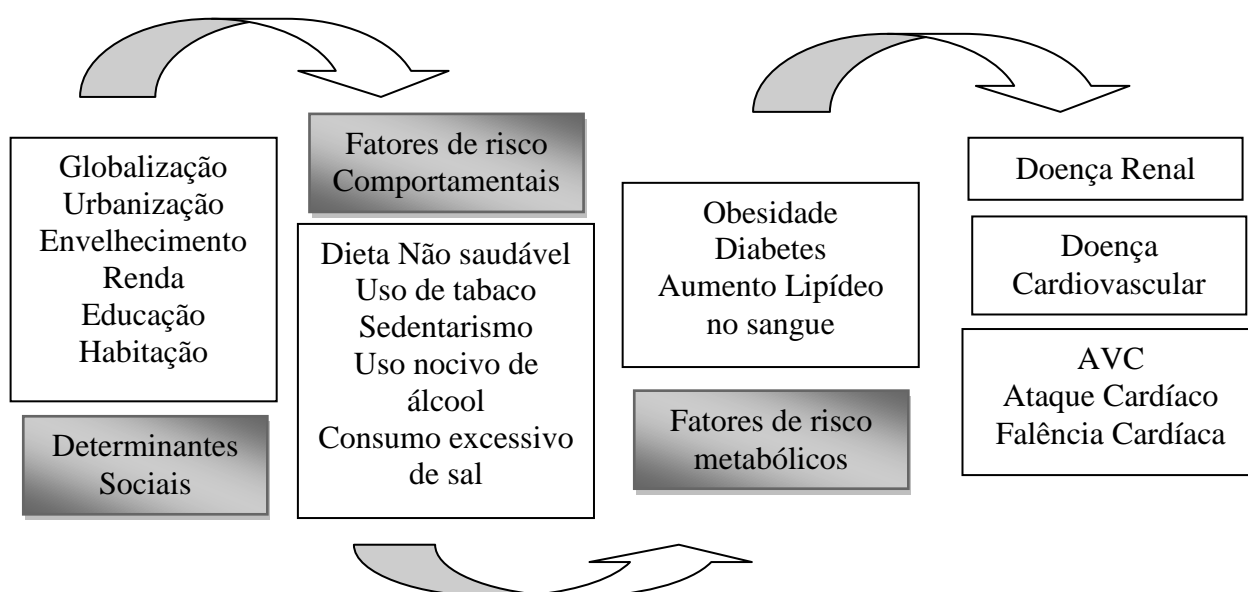
Orçamentos Familiares (POF), afirmam que os brasileiros excedem em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia) (BRIASOULIS; AGARWAL; MESSERLI, 2012). Assim com o consumo de sódio, o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Este fato é confirmado pela Meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres que comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores (ANDRADE et al, 2015). Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HAS com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HAS tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia.

Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HAS autorreferida (31,1%). A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2% (SCALA et al., 2015).

Todos os fatores de risco comportamental estão associados ao surgimento da hipertensão arterial, e com ela podem surgir às complicações do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como infarto, acidente vascular cerebral e falência cardíaca.

Um modelo dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do HAS e suas complicações pode ser visto na figura 1.1:

Figura 1.1 – Principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de hipertensão arterial e suas complicações



Fonte: WHO, 2013.

A HAS, em sua maioria apresenta-se assintomática e o seu diagnóstico é retardado ou até omitido. A HAS é definida quando apresenta níveis maiores ou igual a 140/90 mmHg e

considerando indivíduos adultos classifica-se o comportamento da PA por meio de medidas casuais ou de consultório como expressos no quadro 1.1.

Quadro 1.1 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA		
Considera-se Hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg devendo ser classificada em estágios 1,2 e 3.		

*PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica

Fonte: SBHA; SBC; SBN, 2016.

A Pré-hipertensão (PH) caracteriza-se pela presença de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg, sem medicação anti-hipertensiva, cuja prevalência mundial de PH varia de 21% a 37,7% em estudos de base populacional (EGAN; STEVENS-FABRY, 2015). Os pré-hipertensos têm maior probabilidade de desenvolverem HAS (ARIMA et al., 2012; MOREIRA et al., 2008) e maiores riscos de desenvolvimento de complicações CV quando comparados a indivíduos com PA normal $\leq 120/80$ mmHg, necessitando de monitoramento periódico (ZHAO et al., 2011). Cerca de um terço dos eventos cardiovasculares (CV) atribuíveis à elevação de PA ocorrem em indivíduos com PH (FUKUHARA et al., 2012).

A PA será considerada normal quando as medidas de consultório são $\leq 120/80$ mmHg e já os valores que definem HAS estão expressos no Quadro 1.1 de forma que será considerado estágio 1 os níveis entre 140-149 mmHg (PAS) e 90-99 mmHg (PAD) e os níveis da pressão arterial maiores ou igual a 160/100 mmHg passa a ser considerado estágio 2 ou 3, conforme a classificação (SBHA; SBC; SBN, 2016).

2.3 DESAFIO DO TRATAMENTO DA HAS: CONTROLE DA HIPERTENSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO

Embora a medida da PA um método de diagnóstico simples, não-invasivo e de baixo custo, ofertada pela APS, muitos hipertensos ainda desconhecem sua condição e segundo Bloch, Rodrigues e Fisman (2006) apenas um terço deles possuem os níveis de PA controlados com o tratamento. O controle da HAS representa atualmente um desafio para os profissionais da APS, mesmo a HAS apresentando-se como uma doença de fácil diagnóstico e tendo comprovado benefício do seu tratamento frente à redução da morbimortalidade por complicações da mesma.

O controle clínico das doenças crônicas, como a HAS, depende da participação ativa dos hipertensos, do apoio e da coparticipação da família e dos profissionais da saúde no tratamento (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012). Corroborando com o exposto, um estudo realizado junto a 135 indivíduos com HAS, assistidos pela APS, na região Nordeste do Brasil, revelou que após a atuação da equipe multiprofissional da ESF e após a inclusão do paciente e sua família no delineamento do tratamento proposto, os entrevistados apresentaram aumento na normalização da PA de 28,9% para 57,0% de hipertensos controlados, mostrando quanto o apoio a assistência dos profissionais da ESF, compartilhada com os familiares, pode ser eficiente (MACIEL et al., 2011).

Sabe-se, contudo, que apesar destes fatores, o controle da HAS enfrenta as más condições socioeconômicas, as influências culturais e comportamentais, o acesso limitado às consultas, exames e medicamentos e problemas relacionados aos profissionais.

A realidade mencionada interfere no processo da adesão ao tratamento das DC, comprometendo a qualidade da assistência prestada e o desfecho clínico de interesse, o que favorece a ocorrência anual de mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório, com custo aproximado de um bilhão e 800 milhões de reais, mantendo-se como a principal causa de morte no Brasil (BRASIL, 2013a).

Grezzana, Stein e Pellanda (2013) destacaram em seu estudo, que no Brasil apenas 39% dos hipertensos atendidos nas unidades básicas de saúde a partir da participação em programas de hipertensão, apresentavam a PA controlada, ou seja, os níveis pressóricos são inferiores a 140/90 mmHg e que 33% destes sujeitos se classificavam como estágios 2 ou 3, isto é, apresentaram PA superior a 160/110 mmHg.

Para mudar esta realidade, é fundamental que na APS, durante o atendimento médico ou de enfermagem, a equipe de saúde atue de forma integrada e comprometida, investigando

os hábitos e o estilo de vida das pessoas com HAS, visando o cuidado dos sujeitos e o desenvolvimento de atividades de prevenção e educação em saúde, bem como ações que visem o acompanhamento, o controle e o tratamento da HAS (BUBACH; OLIVEIRA, 2011).

Para tanto, é imprescindível a reorganização do cuidado primário fundamentada na integração de uma equipe multiprofissional com o doente crônico e sua família, cada qual com suas competências, direitos e deveres definidos.

O controle da HAS constitui uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS). As estratégias educativas constituem um importante instrumento para estimular mudanças no estilo de vida e reduzir os fatores de risco cardiovascular. Estudos têm analisado a importância, a efetividade e as limitações dessas estratégias no tratamento da HAS. Como resultados têm sido observados a redução da pressão arterial, a diminuição do peso corporal e da circunferência da cintura, melhora do perfil lipídico e da glicose sanguínea, mudanças favoráveis no consumo alimentar habitual e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVAREZ; ZANELLA, 2009; TOBE et al., 2014).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família, ganha papel importante e fundamental no controle da HAS, pois representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Consequentemente, o impacto do controle da HAS para a sociedade depende da adesão ao tratamento, que só poderá ser detectado em longo prazo, através das taxas da morbimortalidade cardiovascular pelas causas específicas, sendo essencial a disponibilidade de dados de monitoramento sistemático dos fatores de risco comportamentais, incluindo dados sobre a não adesão ao tratamento. A adesão dos usuários parece ser uma condição frequente e de difícil controle, pela existência de múltiplos fatores que podem estar relacionados às individualidades daqueles que devem utilizá-los de forma correta para obter o efeito desejado.

A adesão compreende um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, sociais, psicológicos, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilização entre a pessoa que vive com a doença, a equipe de saúde e a rede social (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Bezerra, Lopes e Barros (2014) apontam a adesão ao tratamento como o comportamento dos sujeitos que irão refletir em mudanças significativas e no cumprimento de hábitos de vida saudáveis, conforme as orientações dadas pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

Neste contexto é preciso salientar que a adesão do hipertenso ao tratamento requer grande esforço e exige mudança de comportamento, pois envolve a mudança de hábitos existentes ao longo da vida. Corroborando com o exposto, Frota et al. (2013), destacam que em grande parte das vezes requer dos sujeitos novas adaptações quanto aos hábitos de vida, cujo papel da equipe multiprofissional torna-se imprescindível no apoio, na supervisão contínua, no cuidado e no acompanhamento dos hipertensos.

Segundo Reiners e Nogueira (2009), mais da metade dos pacientes tratados terminam abandonando o tratamento dentro de um ano após o diagnóstico e dentre os que continuam em acompanhamento médico, apenas metade deles tomam ao mínimo de 80% dos medicamentos prescritos. A adesão ao tratamento destaca-se como um dos fatores significativos para o sucesso terapêutico.

O tratamento farmacológico, juntamente com o não farmacológico contribuem para manter os valores da PA abaixo de 140mmHg para a PAS e 90mmHg para a PAD (SBHA; SBC; SBN, 2010).

Embora estejam disponíveis tratamentos efetivos para a HAS, estudos isolados sobre adesão ao tratamento no Brasil apontam uma taxa de controle da pressão arterial muito baixa, em torno de 20 a 40%, com uma taxa de abandono crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (SBHA; SBC; SBN, 2010).

Buscando aprofundar a temática sobre a adesão ao tratamento farmacológicos e não farmacológicos e fatores associados na atenção primária da Hipertensão Arterial, Giroto et al. (2013), observaram que dentre os entrevistados, a prática de atividade física foi relatada por apenas 29,6% e que destes apenas 17,7% referiram praticar rotineiramente. Quanto à dieta, 69,1% dos participantes relataram mudança na alimentação, principalmente relativa à redução no consumo de sal (84,2%), gorduras (36,2%) e doces (26%).

Estima-se que cerca de 50,0% das pessoas que convivem com doenças crônicas não seguem o seu tratamento adequadamente. Cerca de 44,2% dos usuários hipertensos seguiam adequadamente o tratamento medicamentoso na Malásia. No Chile, apenas 21,6% dos usuários hipertensos maiores de 65 anos seguiam a terapêutica. No Brasil, os valores de controle variaram de 10,1% em Tubarão-Santa Catarina, em 2003, a 52,4% em São José do Rio Preto-São Paulo, de 2004 a 2005, ao se considerarem estudos de base populacional com hipertensos sob tratamento (DIMATTEO, 2004).

A não adesão pode ser considerada um fenômeno complexo e multifatorial, que inclui aspectos relativos ao próprio indivíduo acometido (características biológicas e socioculturais tais como o sexo, a idade, a etnia, a história familiar, o estado civil, a escolaridade, o nível

socioeconômico, a profissão/ocupação, a naturalidade, a procedência e a religião, entre outros) e aspectos relativos ao sistema de saúde, como acesso aos serviços, o processo de atendimento ao usuário hipertenso e o apoio por parte da família e da equipe de saúde (GUSMÃO; MION JR., 2006; SANTOS, 2011).

A família consiste em um importante suporte aos indivíduos e que de forma integrada a equipe da saúde comprometida, visam o cuidado dos sujeitos hipertensos, contribuindo para o acompanhamento, controle e tratamento da HAS (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012).

2.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: HIPERDIA E E-SUS

Nas últimas décadas os avanços e a expansão do acesso às tecnologias de informação facilitaram a ampliação e o processo de implantação dos sistemas de informação em saúde (SIS) no Brasil. O grande volume de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças e agravos, atenção primária, imunização, hospitalização, procedimentos ambulatoriais, estabelecimentos de saúde, orçamentos públicos, assim como informações demográficas, sociais e econômicas, dentre outras passaram a ser disponibilizados e expandindo o interesse pela utilização dos sistemas de informação em saúde de base nacional (MOTA; CARVALHO, 2003).

Os SIS tornaram-se fontes importantes e muito utilizadas para a produção do conhecimento sobre a situação de saúde, possibilitando o planejamento e gestão dos serviços, fundamental na tomada de decisões e essencial para estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e intervenções nas condições de vida e saúde da população (CAVALCANTE; FERREIRA; SILVA, 2011).

O interesse pelos estudos na área de monitoramento e avaliação da qualidade dos dados dos sistemas de informação aumentou nos últimos anos. No entanto, para a efetiva utilização da informação, é essencial assegurar que os dados dos SIS sejam válidos e confiáveis (MOTA; CARVALHO, 2003), pois é a precisão que possibilitará a formulação de um indicador de boa qualidade, capaz de auxiliar na construção de diagnósticos da situação de saúde mais fidedignos à realidade.

Devido a alta prevalência de HAS e o diabetes mellitus, ambas vêm sendo reconhecidas pelo Ministério da Saúde (MS) como importantes problemas de saúde pública, onde o mesmo estabeleceu diretrizes para o cadastramento, acompanhamento e tratamento destes indivíduos (CIPULLO et al., 2009). Essas diretrizes buscam desenvolver ações na APS a partir da comunidade, a fim de que o hipertenso possa ter uma assistência adequada,

cadastramento e com acompanhamento constante e, assim, diminuir as complicações que a doença pode desenvolver (BRASIL, 2013a).

Buscando enfrentar os desafios existentes e de forma complementar, o MS instituiu por meio da Portaria GM nº 371/02, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica ao Hipertenso e ao Diabético, com o objetivo de vincular os usuários acometidos por esses agravos às unidades de saúde, visando o acompanhamento e o tratamento sistemático, garantindo a oferta contínua e gratuita para a rede básica de saúde os medicamentos considerados essenciais ao seu controle (BRASIL, 2002a).

A consolidação dessas ações se deu através do cadastramento informatizado, realizado a partir da iniciativa do MS e intitulado HIPERDIA que foi desenvolvido em 2001 com o propósito de reorganizar os serviços, para oferecer atenção qualificada e contínua aos portadores de HAS e/ou DM (CHAZAN; PEREZ, 2008), conforme as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. Este Plano foi implantado em janeiro de 2002 com objetivo de cadastrar os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, e ofertar regularmente para a rede de Atenção Básica os medicamentos necessários a esses usuários, bem como, acompanhar e avaliar os índices de morbimortalidade destas doenças (BRASIL, 2001a).

O HIPERDIA permite cadastrar por meio de uma ficha de cadastro e acompanhar os portadores de HAS e DM, captados em toda a rede de APS do SUS. A partir dos cadastros locais, esse sistema pode gerar informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e MS, além de ser uma ferramenta útil para profissionais da rede básica no enfrentamento destas doenças (CHAZAN; PEREZ, 2008).

Com a implantação do SUS, houve a necessidade de se criar os SIS que fossem capazes de acompanhar toda a produção de dados e que assegurassem a realização de avaliações periódicas da situação de saúde no país.

Na APS quando o usuário é diagnosticado como hipertenso e/ou diabético é preenchido a ficha de cadastramento do mesmo sendo que a primeira via fica anexada no prontuário e a segunda via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a alimentação do banco de dados do HIPERDIA (BRASIL, 2007).

Os sistemas, as tecnologias de informação e os registros computadorizados no SUS permitem que a equipe cuidadora acesse informações e dados clínicos do paciente de maneira ágil e oportuna, contribuindo para o melhor gerenciamento do cuidado e o monitoramento dos resultados.

Em consonância, pensando na disponibilidade de novas tecnologias e de sistemas de informação como ferramentas para monitorar o cuidado, o Ministério da Saúde, a partir do Projeto de Reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (AB), em março de 2011 e consolidado através da publicação da Portaria GM/MS nº 1412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b), lançou o novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e implantou o sistema informatizado único, denominado e-SUS AB.

O sistema e-SUS AB é composto pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e pela Coleta de Dados Simplificada (CDS) cuja escolha pelo uso do CDS ou do PEC dependerá do cenário de implantação do e-SUS AB no município. Este sistema foi proposto para unificar o SISHIPERDIA e outros sistemas de informações em saúde, no prazo de um ano, consolidando as informações de cada indivíduo, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para o aumento da qualidade do cuidado em saúde à população como um todo (BRASIL, 2013).

Com esta nova proposta surgem questionamentos acerca do acesso às informações contidas no sistema anterior e a permuta de dados para o sistema atual, bem como as potencialidades de uso das informações sobre o usuário hipertenso cadastrado na APS.

Durante o período da coorte de Paes compreendido entre os anos de 2009 a 2011, estava em funcionamento o HIPERDIA. Ao retomar a coorte em 2016 já havia sido implantado o e-SUS –AB, o que representou um problema no tocante à comparação das informações anteriormente coletadas no HIPERDIA, tais como perfil sociodemográficas, medições antropométricas e da pressão arterial, entre outros, dos usuários hipertensos, uma vez que os dados individuais não estão mais disponibilizados pelo sistema atual de captação destes dados na APS em João Pessoa. O comprometimento de estudos comparativos destes usuários para uma situação local levanta um problema que se estende a qualquer estudo com pretensões de conhecer as características individuais dos hipertensos de todo país e que utilize dados do SIS anteriores ao e-SUS AB.

Deste modo, faz-se necessário aprofundar e analisar as mudanças ocorridas a partir da implantação do novo sistema de informações e refletir acerca da repercussão dessas mudanças sobre o programa de controle da hipertensão na APS sob diversos aspectos dimensionais. Essa análise poderá subsidiar outros estudos bem como auxiliar os órgãos de saúde, serviços públicos, profissionais e gestores para as tomadas de decisão.

2.5 SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A ESF propõe uma mudança no modelo assistencial tradicional a partir de ações voltadas a Atenção Primária à Saúde, centradas na família, através de uma equipe multiprofissional que devem estar voltadas para conhecimento da realidade das famílias, suas características epidemiológicas, sociais, demográficas e dessa forma prestar assistência integral e desenvolver processos educativos, ampliando o vínculo com a população e buscar a satisfação do usuário (BRASIL, 1991; BRASIL, 2001b).

A satisfação do usuário refere-se a um dos aspectos fundamentais para medir a qualidade dos serviços e dos cuidados em saúde (GOUVEIA et al, 2009). Ela demonstra reflexos na capacidade da equipe em coordenar o cuidado, interferindo assim na acessibilidade, na criação de vínculos e na consequente horizontalidade do cuidado (SAVASSI, 2010).

Segundo Starfield (2002), a satisfação com a APS é um reflexo de como as necessidades de saúde dos usuários estão sendo atendidas, e reflete diretamente da qualificação do pessoal do serviço de saúde, da segurança, da aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos e da adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços e, conseqüentemente, vínculo entre usuário e equipe da ESF.

Sobretudo na década de 1970, os estudos de satisfação de usuários tiveram destaque na literatura, na Inglaterra e nos Estados Unidos, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade (TURRIS, 2005). É sobre esse aspecto que a satisfação do usuário é percebida como uma meta a ser alcançada pelos serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Já no Brasil, na década de 1990, ocorreram os primeiros estudos de satisfação mediante participação da comunidade nos processos de planejamento, avaliação e fortalecimento do controle social no contexto do SUS (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

O interesse pela temática ampliou-se desde então e em virtude da constatação de alguns estudos (BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001; JOHANSSON; OLÉNI; FRIDLUND, 2002), segundo a qual os usuários satisfeitos tendem a um maior comparecimento aos serviços de saúde, à alta adesão ao tratamento prescrito, a oferecer informações importantes para o profissional e a ser propensos a uma melhor qualidade de vida.

Corroborando com o exposto, vários estudos (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; GAIOSO; MISHIMA, 2007; GOUVEIA et al., 2011;

LEÃO E SILVA et al., 2011) têm verificado, sob a ótica do usuário, a associação da satisfação, à acessibilidade, à infraestrutura, ao tempo de espera, à relação com os profissionais de saúde e à resolutividade.

As avaliações sobre satisfação dos usuários com os serviços de saúde têm sido realizadas por profissionais da área de saúde e a busca pela excelência na prestação de serviços vem sendo uma preocupação contínua (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008; MOIMAZ et al., 2010).

Assim, a percepção da satisfação do usuário depende de determinantes individuais e de necessidades de saúde, uma vez que a predisposição individual influencia a capacidade de utilização do serviço e as necessidades representam o determinante para utilização do mesmo e que cada vez mais, os gestores e administradores do setor saúde têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho das ações e programas de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população.

Nesse contexto, adota-se neste estudo o marco teórico proposto por Starfield (2002) que define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, pela coordenação do cuidado dentro do sistema e da atenção centrada na família e principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção.

Segundo a autora, ao avaliar a qualidade da saúde se faz necessário o entendimento de conceitos fundamentais que reúnem uma tríade “estrutura-processo-resultado”. O resultado consiste no produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas. É nesse aspecto que envolve a avaliação da satisfação do usuário. Aborda, também, aspectos interpessoais para tomada de decisão, bem como o levantamento de questionamentos a respeito do problema, de suas causas e do seu manejo.

A estrutura por sua vez inclui os recursos físicos, humanos e organizacionais, ou seja, refere-se à oferta da atenção à saúde. Trata-se de saber em que medida os recursos são empregados adequadamente para atingir os resultados esperados (BRASIL, 2007; CONTANDRIOPOULOS et al., 2006).

Já o processo, diz respeito à maneira como o serviço executa a oferta e como essas ações são recebidas pelo indivíduo, trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. O processo permite que o profissional identifique as necessidades do indivíduo e adote estratégias de intervenção (BRASIL, 2007; STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) aponta ainda aspectos peculiares dentro da tríade e define assim, dentro da Atenção Primária à Saúde, as dimensões necessárias para sua organização que são:

Porta de Entrada, Acesso, Vínculo, Elenco de Serviços, Coordenação, Enfoque Familiar, Orientação para Comunidade e Formação Profissional, cuja descrição de cada dimensão pode ser observada no quadro 1.2.

Quadro 1.2 – Descrição das dimensões da Atenção Primária à Saúde

Dimensão	Dimensão da Atenção Primária em Saúde	Descrição da dimensão
1	Acessibilidade	Presença ou ausência de barreiras financeiras, organizacionais, e/ou estruturais para se conseguir atenção básica a saúde, envolve horários, agendamentos de consultas e a conveniência percebida pela população durante utilização do serviço;
2	Porta de entrada	O grau dos serviços em se constituírem como porta de entrada para os outros níveis de atenção, exceto em emergências, ou seja, é o primeiro contato quando as pessoas procuram o serviço a cada novo problema ou episódio de saúde;
3	Vínculo ou longitudinalidade	Utilização regular do estabelecimento pela população e o foco da equipe na população adstrita;
4	Elenco de Serviços	Considera o adequado fornecimento de um mínimo de serviços adequados às necessidades da população adstrita, isto inclui os serviços secundários e terciários, além de outros serviços oferecidos pela comunidade;
5	Coordenação ou Integração de Serviços	Facilidade em acessar os demais níveis de atenção, a integração com os serviços de outros setores sociais
6	Centradalidade na família	Na assistência, contemplar o contexto e a dinâmica familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além dos desafios e limites dos recursos familiares;
7	Orientação para comunidade	Capacidade da atenção primária em reconhecer e responder às necessidades da comunidade e promover ações intersetoriais nas ações comunitárias atendendo as demandas da comunidade;
8	Formação Profissional	Envolve o conteúdo e a extensão da capacitação da equipe da Atenção Básica para que os profissionais despenhem suas funções na produção do cuidado em saúde.

Fonte: Adaptado de Starfield, (2002).

Nesse sentido, avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das dimensões relacionadas ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde se torna um propósito na busca da resolubilidade e qualidade dos serviços prestados. Essa avaliação frente aos serviços de saúde e a satisfação dos hipertensos a partir dos princípios e dimensões da APS apontam para uma necessidade de estabelecer um instrumento que seja ágil para o

estudo, com enfoque multidimensional e que implica no envolvimento de diversos atores (gestores, profissionais e usuários), todos dotados de perspectivas próprias da avaliação.

O instrumento elaborado para o estudo da avaliação frente aos serviços de saúde foi baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, validado para avaliar os aspectos críticos da APS em países industrializados (STARFIELD, 2002). No Brasil, Almeida & Macinko (2006) adaptaram e revalidaram esse instrumento em seu estudo realizado no município de Petrópolis. Para este estudo foi utilizado o instrumento validado e adequado por Paes (2014), a partir do instrumento de Almeida & Macinko (2006) para avaliar usuários da ESF diagnosticados com hipertensão arterial.

Desse modo, o instrumento toma como base as oito dimensões da atenção primária e cada dimensão foi representada por perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala do tipo *Likert*), atribuindo-se valores de um a cinco para as respostas ‘nunca’, ‘quase nunca’, ‘às vezes’, ‘quase sempre’ e ‘sempre’, respectivamente, além das opções ‘não se aplica’ e ‘não sabe/não respondeu’ para captar todas as possibilidades.

Esse instrumento produz escores das dimensões e um escore geral sobre a qualidade do processo de atenção em APS. Assim, o uso de um instrumento capaz de avaliar a qualidade da atenção primária é oferecida.

No Brasil, vários estudos (ALMEIDA; MACINKO, 2006; BRASIL, 2005; CASTRO et al., 2012; HINO, 2011; MACINKO; ALMEIDA; SÁ, 2007; MORAES; BERTOLOZZI; PAES, 2014) veem demonstrando a capacidade desse instrumento em avaliar a qualidade dos serviços de saúde em diferentes lugares e observa-se um destaque para as iniciativas de avaliação da APS em prol da melhoria da qualidade dos serviços.

Os hipertensos são acompanhados e atendidos na APS através do monitoramento de indicadores e sistemas de informações, portanto se faz desejável a avaliação da satisfação do usuário hipertenso com relação ao desempenho dos serviços de saúde da APS. Entretanto, para que a avaliação possa atender aos seus objetivos, faz-se necessário que haja um envolvimento de todos que compõem o sistema, desde a comunidade até os gestores e isso requer esforços fundamentais na criação de instrumentos e estratégias, além da construção de parcerias para reforçar a capacidade técnica coletiva.

2.6 O APOIO SOCIAL NA SAÚDE

Alguns pesquisadores (BEEHR et al., 2004; BROUGH, PEARS, 2004) veem estudando como as relações entre as pessoas contribuem para a vida de cada indivíduo, seja na área comportamental, física ou mental. Essas relações interpessoais são vínculos de importância significativa para os seres humanos, pois revelam que uma pessoa pode influenciar atitudes e comportamentos das outras.

O ser humano, desde há muito tempo, possui a necessidade de se relacionar e estar perto de outras pessoas e assim usufruir desta dinâmica relacional, colaborando com ela. Isto faz parte de seu cotidiano e observa-se que nestas inter-relações sociais da vida em sociedade existe um processo de adaptação em que inúmeros recursos são utilizados para que as pessoas consigam, de forma racional, estabelecer vínculos que sustentem tais relações e permitam a criação de apoio social nos mais diferentes ambientes onde o ser humano se encontra (FONSECA; MOURA, 2008).

A discussão sobre apoio social ganhou importância nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1980, devido a uma conjuntura de insatisfação popular em relação à saúde pública naquele país e em intensos debates sobre saúde pública em torno do chamado *social support* (VALLA, 1998, 1999).

Essa discussão é relevante também para o Brasil, ao partir das grandes mudanças que vêm ocorrendo nos últimos anos, principalmente no campo da saúde, e os problemas políticos, econômicos, sociais, que a população vem enfrentando. A própria crise do sistema de saúde no que concerne à resolutividade dos problemas de saúde apresentados pela população e que não consegue dar conta da demanda no que se refere aos chamados “políquelosos” e as chamadas “doenças dos nervos”, resultam numa insatisfação da população com os serviços de saúde.

Neste contexto, a proposta do apoio social estaria em discussão como meio de lidar com essas questões, na tentativa de propor algumas respostas e caminhos para o enfrentamento da crise instalada. Diversos autores (AVLUND; DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998; FRATIGLIONE, 2000; KAWACHI et al., 1996; PIETRUKOWICZ, 2001; VALLA, 1999) buscaram definir o apoio social baseando-se em fatores inter-relacionados que incluem relações íntimas, funcionais e as sociais.

O apoio social refere-se a uma ação vigorosa que envolve as relações entre as pessoas. É considerado ainda como um sistema de relações formais e informais pelas quais os indivíduos recebem ajuda emocional, material e informacional, para enfrentarem situações

geradoras de tensão. Também é visto como o grau com que as relações interpessoais correspondem em situações de necessidade nas funções emocionais, materiais, afetivas e informacionais (AVLUND; DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998; FRATIGLIONE, 2000; KAWACHI et al., 1996; PIETRUKOWICZ, 2001; VALLA, 1999).

Partindo de todos esses conceitos e da abrangência deste termo, para o qual não existe uma definição universalmente aceita, adota-se, no presente estudo, a definição segundo a qual o Apoio social (social support) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Em outras palavras, é poder ter com quem contar para receber, sentindo-se valorizado dentro de um grupo do qual se é parte integrante.

O apoio social é compreendido também como um processo que possibilita às pessoas ampliarem a autonomia e a capacidade de assumir o cuidado de si. Portanto, a presença de apoio social têm sido associada aos níveis de saúde, uma vez que alto grau de apoio social funciona com um fator de proteção frente aos riscos de doenças induzidas e predispõe à saúde (PIETRUKOWICZ, 2001).

Segundo Martinez (2002) o apoio social também está associado aos aspectos que conferem um efeito sobre a saúde física e psicológica do indivíduo. Todos esses aspectos remetem a procurar entender quais os caminhos utilizados pela população em termos de resolutividade dos seus problemas de saúde, e qual o papel do apoio social nestes caminhos alternativos.

Nessa perspectiva, Chaves e Fonseca (2006) e Griep, Chor, Lopes e Faerstein (2000) afirmam que o apoio social baixo afeta diretamente o sistema de defesa do corpo, relacionando-se ao processo saúde-doença e aumentando a suscetibilidade para enfermidades. Já Costa e Ludimir (2005), em seu estudo com transtornos mentais mais comuns e o apoio social numa comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, afirmaram que sentir-se amado e amparado por amigos está associado a baixos níveis de ansiedade, depressão e doenças somáticas, proporcionando uma melhor adaptação aos efeitos dos eventos vitais estressantes, o que possibilita que estes tenham menores conseqüências negativas sobre o organismo.

Especificamente para as pessoas com doenças crônico-degenerativas, considera-se que a participação na rede de apoio social e o apoio social possam ser fatores contribuintes para a efetivação do tratamento. A própria pessoa com hipertensão arterial é o elo que mobiliza diferentes pessoas e instituições, que de maneira não integrada apoiam esses indivíduos de diversas formas. Tais redes sociais das pessoas com doenças crônico-degenerativas possuem

um papel determinante como mediadoras e facilitadoras na busca de ajuda, uma vez que seus membros proporcionam apoio contínuo aos indivíduos para adesão ao tratamento, controle da doença ou até a sua recuperação.

Se faz necessário entender, que os termos rede social e apoio social são organizados com diferentes definições, porém com características similares. A Rede de apoio social é considerada um conjunto de seres com quem se interage de maneira regular, com quem se conversa, com quem se troca sinais, que se torna reais, sendo a soma de todas as relações. Já o apoio social corresponde a disponibilidade das pessoas em confiar, demonstrar preocupação com o outro, valorizar, comunicar-se, ajudar, assistir com os recursos disponíveis estão sempre presentes, sendo consideradas íntimas e sociais (FONSECA; MOURA, 2008).

Nesta perspectiva, Meirelles (2004) afirma que deve-se considerar que a relação dos sujeitos sociais com sua saúde é um reflexo das características estruturais e de relação das redes sociais que possuem como referência e não é somente a expressão das normas sociais e pressões exercidas pela sociedade para seguirem papéis determinados por modelos de comportamento.

Para Williams et al. (2004), os significados do apoio social podem variar com o curso da vida, ou seja, considerado como um termo temporal. Isso implica dizer que, dependendo do momento vivido pela pessoa, o apoio social terá diferentes representações, formas de ser oferecido/recebido e resultados gerados.

Considerando a relevância do tema, uma escala de aferição de apoio social utilizada no Medical Outcomes Study (MOS), com o objetivo de medir a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social foi apresentada e utilizada em um estudo de coorte de funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil (Estudo Pró-Saúde) e a avaliação do processo de tradução, adaptação e sua validação vem sendo apresentadas em diversas publicações (CHOR et al., 2001; GRIEP et al., 2003a; GRIEP et al., 2003b; GRIEP, 2003c).

Na sua forma original, esse instrumento foi concebido para abranger cinco dimensões de apoio social e é composta por 19 itens:

1 – Apoio Material (quatro perguntas) – refere-se a auxílios materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos, materiais e ajuda financeira (por exemplo limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte, entre outros);

2 – Apoio Afetivo (três perguntas) – Inclui demonstrações físicas de amor e afeto (por exemplo, abraços);

3 – Interação social positiva (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar, divertir-se e fazer coisas agradáveis, levando a pessoa a acreditar que é cuidado, estimado e respeitado;

4 – Apoio Emocional (quatro perguntas) – Busca estimar a habilidade da rede social em expressar sentimentos de confiança, empatia e encorajamento em momentos difíceis da vida e satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais (por exemplo, situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida);

5 – Apoio informacional (quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los.

Para cada item, indica-se a frequência que considera disponível para cada tipo de apoio, numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta variando entre 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) até 5 (“sempre”).

Dessa forma ao analisar o apoio social existente nas relações entre os seres humanos se faz necessário avaliar um conjunto de fatores que envolvem desde a família, os laços afetivos, os comportamentos, as emoções, o ambiente social onde os indivíduos estão inseridos, até a existência ou disponibilidade das pessoas em confiar, demonstrar preocupação com o outro, valorizar, comunicar-se, ajudar e assistir com os recursos disponíveis.

2.7 TEORIA CLÁSSICA DOS TESTES

A Teoria Clássica dos Testes (TCT) surgiu no século 20 e ficou conhecido como modelo TCT, a partir da ideia de decomposição de um resultado de testes observados em um escore verdadeiro e um erro aleatório adotado como a suposição básica com o objetivo de investigar as propriedades do conjunto de itens que constituem um teste. Ela foi publicada por Charles Sperman (1904) com intuito de avaliar diversos aspectos dos itens cujos testes e elaboração dos instrumentos desta tese se fundamentaram na teoria clássica dos testes (VAN DER LINDEN, 2016).

O modelo da teoria clássica dos testes considera que existe uma parcela de erro no escore de um teste e esse erro aleatório é totalmente ao acaso, independente dos escores verdadeiros ou não e sem tendenciosidade (PRIMI, 2012). O modelo segue:

$$X_i = V_i + \varepsilon_i$$

Onde:

X_i é o escore observado do i-ésimo indivíduo, V_i é o escore verdadeiro do i-ésimo indivíduo e ε_i é o erro aleatório.

3 METODOLOGIA

3.1 COORTE DE HIPERTENSOS

A coorte de hipertensos foi construída por meio do apoio de quatro projetos de pesquisa. As pesquisas iniciais contaram com a colaboração de um grupo de pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), entidades governamentais (coordenadores e diretores estaduais e municipais, gestores, profissionais dos serviços de saúde), estudantes de doutorado, mestrado e iniciação científica, cujos resultados gerados a partir destas pesquisas constituíram diversos trabalhos científicos.

O primeiro teve como título *“Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil”*, com o apoio do CNPq através do Edital: CT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008.

O segundo e o terceiro com o mesmo título, mas com editais diferentes, intitulado *“Desempenho do programa saúde da família comparado com o das unidades básicas de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do estado da Paraíba: um estudo de coorte.”* com o apoio do CNPq através do Edital: MCT/CNPq N.º 67/2009 e FAPESC (N.º 02/2009).

O quarto projeto, do qual essa Tese faz parte intitula-se *“Continuidade da Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde em João Pessoa, Paraíba”*, buscando contribuir com a área acadêmica e da saúde, bem como para qualificação dos serviços das redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro, para os profissionais de saúde e sociedade em geral, com vistas para o melhoramento da assistência prestada ao usuário hipertenso.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo Multicêntrico inicial foi proposto para ser realizado nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB e Natal/RN. No entanto, neste trabalho, a coorte para 2016 foi referente apenas para o município de João Pessoa (PB).

O município de João Pessoa, capital e principal centro financeiro e econômico do Estado da Paraíba, apresenta uma população de 801.718 habitantes segundo a estimativa populacional divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em julho de 2016. Apresenta uma população adulta acima de 19 anos de 45,7 % da população da capital paraibana (IBGE, 2016). Está localizado na porção mais oriental da Paraíba, limitando-se ao norte com o município de Cabedelo através do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente (IBGE, 2016).

Com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema de saúde e garantir a população acesso aos serviços básicos, especializados e a assistência hospitalar, a rede de serviços de saúde do município de João Pessoa está distribuída territorialmente em cinco distritos sanitários de saúde (DSs) que recortam toda a extensão territorial da cidade (Figura 3.1). A Atenção básica por sua vez conta em 2016 com 191 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 100 unidades de saúde, divididas nos cinco DSs e conta ainda com cinco Unidades Básicas de Saúde que funcionam como referência e horário oposto ao da Saúde da Família para a população de área descoberta da ESF, assegurando o princípio da universalidade do SUS e desta forma alcançando uma cobertura da ESF, correspondente a 85% da população total, em 2016.

Figura 3.1 - Delimitação dos distritos sanitários de saúde na cidade de João Pessoa



Fonte: SEPLAN/PMJP (2016)

Além disso, a rede especializada dispõe da oferta de consultas e procedimentos nos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) dos bairros de Mangabeira, Jaguaribe e Cristo. Já a rede hospitalar do SUS em João Pessoa, própria, conveniada e contratada, conta com 26 hospitais distribuídos da seguinte forma: 4 hospitais públicos municipais, 7 públicos estaduais, 1 público federal, 4 filantrópicos e 11 hospitais privados buscando dar resolutividade ao processo de saúde-doença da população de João Pessoa (PB).

3.3 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e de base populacional, com abordagem quantitativa onde foi avaliada a relação existente entre a percepção da Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa-PB durante o período da coorte de hipertensos 2009, 2010, 2011 e 2016 e os tipos de apoio social ao usuário hipertenso.

A partir dos resultados encontrados nos trabalhos (ANDRADE, 2011; ARAÚJO, 2011; BUCHMEIER, 2014; DANTAS, 2013; FARIAS, 2014; LIMA, 2013; MELO, 2011; MOREIRA, 2012; MOREIRA, 2012; SILVA, 2011; SILVA, 2015) desenvolvidos pela coorte

no ano de 2009 a 2011, pode-se entender que existem outras questões que emergiram durante os processos de pesquisa que subsidiaram a escolha por esta temática.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra seguiu os procedimentos utilizados nos estudos anteriores realizados por Paes, com seus respectivos usuários, sendo constituída de usuários cadastrados no HIPERDIA entre os anos 2006 e 2007, maiores de 19 anos, de ambos os sexos no município de João Pessoa.

No projeto inicial de Paes (2008) foi calculada uma amostra representativa de hipertensos para o município de João Pessoa, com base no processo de amostragem casual simples em estágios sucessivos, selecionada por conglomerados em estágio único com probabilidade proporcional ao tamanho dos mesmos, uma vez que o município está distribuído por distritos sanitários, com área de atuação bem delimitada, o que favoreceu o processo desse tipo de amostragem.

No processo inicial da pesquisa foi realizada uma amostra piloto em João Pessoa, a partir de uma seleção aleatória de uma unidade de saúde em cada um dos distritos sanitários do município e dez hipertensos em cada unidade, com o objetivo de calcular e obter a prevalência de hipertensos a ser utilizada na amostra. As unidades de saúde sorteadas com os seus respectivos DS, foram: Cruz das Armas (distrito I); Geisel III (distrito II); Valentina IV (distrito III); Cordão Encarnado I (distrito IV); e Castelo Branco III (distrito V) (ANDRADE, 2011). O estudo piloto permitiu o cálculo da proporção de acompanhados e não acompanhados nas unidades de saúde, bem como o aperfeiçoamento do questionário e das estratégias de coleta de dados. Entretanto, os resultados obtidos a partir da pesquisa piloto demonstraram grande variação dos dados entre as unidades de saúde investigadas, de forma que se optou por utilizar a prevalência obtida através do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Considerando a população de hipertensos cadastrados em 2008 em João Pessoa com $N = 43.953$, de acordo com os dados do SIAB no ano de 2008, adotou-se como parâmetro de sucesso uma prevalência $p = 0,119$ (obtido a partir do número total de hipertensos cadastrados, dividido pelo número total de indivíduos que fez uso do serviço das ESF até 2008), nível de confiança de 95% e margem de erro amostral máximo $\varepsilon = 0,035$ (3,5%), resultando em uma amostra de 327 usuários hipertensos para João Pessoa. Uma amostra de 33 (9,17%) elementos foi acrescentada para ajuste na divisão das unidades e para sobrepor futuras perdas. Assim, a

amostra total foi composta por 360 indivíduos. Após algumas perdas durante as entrevistas da pesquisa durante o primeiro ano, a amostra final correspondeu a 343 hipertensos. A fórmula para o cálculo do tamanho de amostra n inicial foi dada por:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p(1-p) \cdot N}{\varepsilon^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}$$

onde:

n = tamanho da amostra;

$Z_{\alpha/2}^2$ = nível de confiança escolhido, expresso em número de desvio-padrão;

p = percentagem com a qual o fenômeno de verifica – percentagem da amostra favorável ao atributo pesquisado;

$(1 - p)$ = percentagem complementar – percentagem dos elementos da amostra desfavorável;

N = tamanho da população;

ε^2 = erro máximo permitido

Em uma primeira etapa, procedeu-se a uma seleção auto ponderada e sistemática das 180 unidades de saúde de João Pessoa, resultando em 36 equipes (conglomerados), proporcional ao tamanho do distrito sanitário. Em uma segunda etapa, foi realizada a seleção de hipertensos de forma aleatória e ponderada, selecionando o mesmo número de indivíduo em cada conglomerado, ou seja, dez indivíduos por conglomerado, com o valor de saltos de 1221, calculado pela razão do total de hipertensos cadastrados no HIPERDIA (43.953), pelo número de conglomerados selecionados (36 equipes de saúde).

Assim, a partir da listagem fornecida pelo SIAB em ordem decrescente pelo número do cadastro, sorteou-se um número casual inicial a partir da função de número aleatório do Sistema Microsoft EXCEL, que gerou o valor 1030 elementos, sendo então esse o primeiro elemento de estudo, seguindo o salto a cada 1221 elementos. Assim, o conglomerado que possuiu o elemento 1030 foi o primeiro a ser selecionado.

A seleção desses indivíduos foi feita de forma aleatória, onde foram coletadas informações do período do cadastro de todos os hipertensos que se encontravam cadastrados na equipe, de forma que só foram utilizados os hipertensos que possuíam cadastro nos anos de 2006 e 2007. Então, todos os indivíduos cadastrados em 2006 e 2007 como hipertensos

tiveram seus prontuários e fichas do HIPERDIA consultados e as informações de interesse (tais como: informações do cadastro do HIPERDIA, número de consultas na unidade, registro da PA em cada consulta, etc.) foram transcritas no instrumento a ser utilizado no segundo momento.

Foram incluídas na amostragem as unidades de saúde que possuíam número de hipertensos cadastrados (2006 e 2007) suficiente para a realização do estudo, como também possuísem as fichas e prontuários dos pacientes. Como critérios de exclusão para os usuários, foram considerados, ter menos de 20 anos de idade, usuários que não conseguissem responder por si mesmo ou que tinham realizado mudança da área adscrita da USF durante o período de cadastro até o momento da entrevista.

Na presente pesquisa antes de dar início ao processo de coleta de dados propriamente dito, foi realizado um processo de atualização por parte dos distritos sanitários em novembro de 2015, sobre a real situação atual dos usuários da coorte e em seguida, após a etapa de atualização da coorte e seguindo o cronograma da pesquisa foi realizada a coleta de dados em março de 2016, cuja situação da coleta é mostrada na tabela 3.1.

Tabela 3.1 – Número e percentual de perdas nas entrevistas realizadas em João Pessoa, 2009 a 2011, 2015 e 2016

2015 e 2016

João Pessoa										
	2009		2010		2011		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não perdas	343	100,0	306	89,2	286	83,4	260	75,8	171	50,1
Perdas	0	0,0	37	10,8	57*	16,6	83*	19,6	172*	49,9
Total	343	100,0	343	100,0	343	100,0	343	100,0	343	100,0

*Perdas cumulativas

Fonte: Dados da pesquisa

Já a tabela 3.2, pode-se observar os motivos das perdas da coorte por ano de sua realização. Alguns usuários não foram encontrados/reconhecidos pelo ACS ou USF, nem pelos moradores do endereço de cadastro inicial da coorte e foram considerados como outros motivos em relação às perdas.

Tabela 3.2 – Número e percentual de perdas cumulativas nas entrevistas realizadas em João Pessoa, 2009, 2011, 2015 e 2016

	João Pessoa			
	2010	2011	2015	2016
Motivo das perdas	N	N	N	N
Óbito	3	4	18	30
Mudança	7	27	56	73
Recusa	8	11	-	27
Hospitalização	3	1	-	0
Outros	16	14	9	42
Total	37	57	83	172

Fonte: Dados da Pesquisa

A coleta dos dados foi realizada no período de 01 de março de 2016 a 31 de agosto de 2016. Para realização da coleta de dados, foi formado um grupo de pesquisadores, representado por alunos dos cursos de fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau, que passaram por um treinamento tanto no que se refere à aplicação dos questionários como para a coleta dos dados secundários, além de serem treinados para a mensuração da pressão arterial e medidas antropométricas. Os prontuários dos indivíduos selecionados foram revisados e com transcrição das informações de interesse, mas não existiam na maioria dos prontuários as fichas do Hipertensão, devido a mudança de formulário para o e-SUS.

Nesta fase, os agentes de saúde responsáveis pela área de adscrição dos indivíduos hipertensos participantes foram previamente contatados para o agendamento com o mesmo ao domicílio do usuário para a realização da aplicação dos questionários e/ou era realizada a ida direta a residência dos usuários quando não se tinha o acesso ao agente comunitário de saúde da respectiva área.

3.5 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

3.5.1 Instrumento 1 – Satisfação do Usuário Hipertenso

O estudo tomou por base o instrumento validado por Paes et al. (2014) (ANEXO 1) que teve por objetivo avaliar o grau de satisfação de hipertensos adultos com o controle da hipertensão no contexto da atenção primária à saúde no Brasil. Esse instrumento foi baseado no PCATool, que é outro instrumento que mede a qualidade de atributos específicos e a

qualidade global do processo de APS, de forma que foi desenvolvido para avaliar os aspectos críticos relacionados à atenção primária em países industrializados, desenvolvido pela Universidade de Johns Hopkins e que foi proposto por Starfield (2002).

O questionário é composto por 96 itens, sendo 19 deles secundários e 77 primários. Os dados secundários correspondem à primeira parte e extraem informações do formulário do HIPERDIA e Prontuários dos entrevistados selecionados para composição da amostra. Nessa parte foram extraídos os dados antropométricos, informações sociodemográficas, fatores de risco e doenças concomitantes.

Os dados primários foram coletados a partir das entrevistas com os usuários escolhidos tomando como base as oito dimensões da atenção básica recomendadas por Starfield (2002):

F - Saúde do Caso Confirmado de HAS;

G - Acesso ao Diagnóstico;

H - Acesso ao Tratamento;

I - Adesão/vínculo;

J - Elenco de Serviços;

L - Coordenação;

M - Enfoque na Família;

N - Orientação para a comunidade.

Os dados correspondentes a cada uma das dimensões foram coletados a partir de entrevistas com os usuários, sendo cada dimensão categorizada em uma escala de possibilidades pré-estabelecidas, chamada escala do tipo Likert e possui seis opções de resposta, as quais são: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; como existem também as opções “recusa” e “não sabe”, foram codificadas na análise como valores em branco (i.e. como “missing”).

3.5.2 Instrumento 2 – Escala de Apoio Social ao Usuário Hipertenso

Para o presente estudo, uma nova escala foi proposta a partir do instrumento traduzido e adaptado para o português por Griep et al. (2003b). A escala de apoio social foi incluída como questionário multidimensional, submetido a sucessivas etapas de pré-teste e estudo piloto. A escala utilizada foi originalmente elaborada para o Medical Outcomes Study (MOS) realizado em 1991, com 2987 adultos usuários dos serviços de saúde de Boston, Chicago e Los Angeles, que apresentavam doenças crônicas (CHOR et al., 2001).

O instrumento apresentava originalmente cinco dimensões que incluíam dezenove questões sobre apoio social:

Material – quatro perguntas sobre provisão de recursos práticos e ajuda material;

Afetiva – três perguntas sobre demonstrações físicas de amor e afeto;

Interação social positiva – quatro perguntas sobre a possibilidade de contar com pessoas com o objetivo de relaxar e divertir-se;

Emocional – quatro perguntas sobre a habilidade da rede em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais;

Informacional – quatro perguntas sobre a possibilidade de contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem.

Para todas as perguntas, cinco opções de resposta foram apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”) (ANEXO 2).

O presente estudo destaca-se por focar a satisfação do usuário hipertenso e a relação existente com o apoio social percebido pelo mesmo, permitindo explorar um novo âmbito dos cuidados integrais ao usuário hipertenso e atenção básica e auxiliar o entendimento dos profissionais que atuam na área, envolvendo-os num conjunto de ações e serviços que satisfaçam as necessidades dos usuários, e assim, promover um acompanhamento adequado e melhor controle da pressão arterial da população.

3.5.3 Instrumento 3 – Prontuários

O instrumento utilizado na pesquisa contém em sua primeira parte, um espaço destinado a informações secundárias, com blocos de perguntas de A até E retiradas do prontuário e ficha de HIPERDIA do usuário hipertensos.

Foram identificadas várias omissões nos registros dos prontuários na USF sobre a pressão arterial, peso, cintura e quadril e no acompanhamento aos hipertensos, trazendo dificuldades para análise de dados, além de não ter encontrado na maioria das USF's coletadas o anexo da ficha de cadastro do HIPERDIA corroborando com resultados encontrados por Moreira (2012) em seu estudo sobre “Qualificação e imputação de dados sobre Satisfação de Hipertensos Cadastrados na estratégia de Saúde da Família”, além da mudança do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) o que modificou as fichas de coleta e cadastramento, bem como os relatórios gerados pelos mesmos.

3.6 EXPLORAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta e tabulação dos dados, realizou-se um procedimento de checagem dos dados, com a avaliação visual da planilha para verificação de erros de digitação, bem como o processo de dupla digitação foi realizado. Em seguida efetuou-se a extração de medidas descritivas convencionais para identificar e analisar sistematicamente os dados perdidos (*missing values*) das variáveis e dos valores extremos (*outliers*), já que a presença de dados perdidos (não respostas) pode significar incompreensão dos itens por parte dos pesquisadores (HAIR, 2009).

Segundo Hair et al. (2009), dados perdidos ou “*missing dates*” são o resultado de quaisquer eventos sistemáticos externos aos respondentes (tais como erros de entrada de dados ou problemas de coleta de dados) ou qualquer ação por parte do respondente (como recusa a responder) de modo que a utilização de métodos inadequados pode levar a conclusões erradas sobre o conjunto de dados.

A imputação tem se tornado uma estratégia comum para se lidar com dados incompletos em pesquisa tanto na área da Saúde como em outras áreas. Vários métodos estatísticos para trabalhar com dados incompletos têm sido desenvolvidos e podem ser classificados em Métodos de imputação simples e em Métodos de imputação múltipla (NUNES, 2007).

A imputação simples possui vários métodos de substituição de dados faltantes e os dados perdidos são substituídos uma única vez. O *hot deck*, a estimação de máxima verossimilhança e a regressão (média predita) correspondem aos métodos mais comum de imputação simples, onde ocorre a substituição por um valor de tendência central (NUNES, 2007).

Já a imputação múltipla possibilita a inclusão da incerteza da imputação dos dados na variância dos resultados estimados, além da estimativa pontual dos parâmetros, corrigindo o maior problema associado à imputação única (NUNES, 2007). Entretanto, é necessário mais trabalho para produzir os valores a serem imputados, necessita-se de mais espaço para armazenar os dados. A imputação múltipla requer mais trabalho para analisar os bancos de dados completos do que o banco completo pela imputação única.

Ainda segundo Nunes (2007) a escolha entre os métodos de imputação se dá de acordo com a proporção de dados faltantes em qualquer uma das variáveis. A técnica de imputação única é aplicada quando um percentual de dados faltantes se encontra entre 5% e 15%, caso contrário se utiliza a imputação múltipla.

Desse modo o manuseio apropriado dos valores em falta é importante em todas as análises críticas no processo de qualificação do banco de dados. Para o presente estudo, quando justificados, foi utilizada a técnica de imputação realizada por Moreira (2012) em seu estudo, para o mesmo banco de dados do projeto Paes (2008; 2009), ou seja, a técnica *Hot Deck* para imputação final dos dados da pesquisa.

Nesse método a imputação se faz pelos valores de respondentes que são similares em relação a variáveis auxiliares. Localiza-se o indivíduo respondente que apresentava o mesmo padrão do não respondente em relação ao sexo, faixa etária, distrito sanitário e escolaridade e imputaram-se os dados a partir das respostas desses indivíduos com dado observado (NUNES, 2007).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente os dados foram digitados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel® 2007 e para facilitar a tabulação dos dados foi criada uma máscara, seguindo então um processo de dupla digitação para checagem de consistência e amplitude dos valores das respostas de cada variável e identificação de possíveis erros de digitação. Todos os erros foram identificados e corrigidos com base nas informações contidas nos questionários e posteriormente transferidas para um pacote estatístico SPSS, versão 19.0, para serem realizadas as análises estatísticas. Para a realização da Análise Fatorial Confirmatória foi utilizado o pacote estatístico AMOS (v. 23.0.0).

3.7.1 Análise do perfil do Hipertenso

Foram escolhidas para este estudo as seguintes variáveis que têm sido muito utilizadas para expressar o perfil sociodemográfico e econômico dos hipertensos: Idade; Situação Conjugal; Escolaridade; Raça/cor; Ocupação; Renda. Desta maneira, com base nos dados primários e secundários, estas variáveis foram utilizadas para caracterizar o perfil da coorte de hipertensos.

Alguns procedimentos simples facilitaram o processo de identificação dos hipertensos e seus questionários ao longo da coorte, assim como a junção posterior dos dados de cada visita. Para a junção dos registros foi criado um identificador único para cada indivíduo.

Para identificar se da última onda da coorte em 2016 foi representativa as variáveis que representavam o perfil socioeconômico e demográfico da amostra de hipertensos do perfil

da onda inicial em 2009, utilizou-se o método de reamostragem bootstrap. O método de Bootstrap é uma técnica de reamostragem que consiste em sortear, com reposição, dados pertencentes a uma amostra retirada da amostra mestre, de modo a formar uma nova amostra. Esta técnica tem se destacado, uma vez que possibilita obter a estimativa do parâmetro sem a necessidade de pressupor a distribuição do estimador (EFRON; TIBSHIRANI, 1993).

Desde o início da coorte o participante pôde ser acompanhado ao longo do tempo, sendo ele associado a um número de quatro dígitos, que foi considerado um dígito verificador. As variáveis sociodemográficas e econômicas do inquérito de referência de 2009 foram utilizadas para o cálculo das probabilidades de perda de seguimento na onda da coorte de 2016.

Para verificar se houve mudança nas variáveis do perfil sociodemográfico e econômico inicial e a amostra final (2016) do estudo foi feito o teste de hipóteses que foram entrevistados em todas as 4 ondas com relação ao grupo de hipertensos que não foram entrevistados em pelo menos em uma das ondas da coorte. O teste realizado foi o de homogeneidade, com $p < 5\%$, aplicado para testar a hipótese de que diferentes populações têm a mesma proporção de indivíduos com alguma característica.

3.7.2 Situação Clínica do Hipertenso

Os hipertensos foram classificados em relação ao tempo de acompanhamento nas 4 ondas da coorte em anos durante o período 2009 a 2016 como:

- Acompanhados durante os 4 anos;
- Acompanhados por 3 anos;
- Acompanhados por 2 anos;
- Acompanhados por um 1 ano.

Já em relação à identificação dos níveis pressóricos e o controle da pressão arterial, os mesmos foram classificados de acordo com os valores recomendados pelas VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC; SBH; SBN, 2016). Para esse estudo foram considerados hipertensos controlados aqueles que após o cadastro no HiperDia (2006/2007) atingiram o controle da pressão arterial até o momento da entrevista (2016) e hipertensos não controlados aqueles que em todos os momentos avaliados permanecerem com a $PA \geq 140/90$ mmHg (Quadro 1.1).

A PA foi verificada através de um estetoscópio Rappaport e esfigmomanômetro com manguito em nylon e fechamento em velcro (ambos, Premium®), todos apropriadamente calibrados. O sujeito em sedestação, pernas em simetria com apoio no chão, braço de verificação em extensão sobre apoio na mesma altura da linha do coração e submetido a duas verificações. A escolha do braço para verificação foi realizada de forma aleatória (SBC; SBH; SBN, 2016).

3.8 VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DO APOIO SOCIAL AO USUÁRIO HIPERTENSO

O processo de validação da escala para hipertensos adultos do município de João Pessoa, envolveu as etapas: 1) consulta aos especialistas, 2) análise fatorial exploratória e análise de consistência interna e 3) análise fatorial confirmatória.

1) Consulta aos especialistas

Inicialmente, cinco especialistas (2 médicos, 2 fisioterapeutas e 1 enfermeira) foram consultados para avaliar a pertinência e a representatividade dos itens que compuseram cada dimensão da escala original, buscando adaptações realizadas ao instrumento original. Os especialistas consultados possuem experiência clínica com hipertensos, com publicações e pesquisas científicas (mestrado e doutorado) sobre o tema do estudo. Todos os especialistas receberam o formulário (APÊNDICE B) no qual constavam as instruções específicas sobre o procedimento de análise do instrumento e o formulário de avaliação, sendo estabelecido um período de quinze dias para emissão e retorno do seu parecer.

Para esta etapa, foi considerado como resultado final três possibilidades: adequado sem modificação, retirada e mudança. O item com a avaliação “adequado sem modificação”, quando a taxa de concordância das respostas entre os especialistas fosse igual ou superior a 60%, ou seja, quando três ou mais respostas fossem concordantes. Para aqueles itens cuja taxa de concordância das respostas fosse inferior a 60%, ou seja, uma ou duas respostas, foram analisadas as sugestões e as adequações feitas por cada especialista. Para cada uma das sugestões realizadas, utilizou-se como critério para avaliação a “retirada” ou “mudança” de itens nos domínios propostos ou mudança de ordem. Estas alterações, quando pertinentes, somente foram consideradas quando a notificação fosse sugerido por um número igual ou superior a 60% dos especialistas.

2) Análise Fatorial Exploratória (AFE) e análise de consistência interna

A AFE foi escolhida, uma vez que objetivou adaptar e validar a escala para hipertensos e visou examinar a estrutura dos itens e fatores que compuseram o instrumento de pesquisa, bem como avaliar a validade das cinco dimensões do questionário original apreciados pelos especialistas. Teve-se como proposta determinar se os itens estavam dentro das escalas hipotetizadas, cujo padrão das cargas fatoriais e as communalidades foram utilizados para selecionar os itens que iriam compor cada dimensão.

A análise fatorial possui o princípio básico que a covariância/correlação entre um conjunto de variáveis manifestas seja devida à existência de um ou mais fator(es) latente(s) (causa dos comportamentos das variáveis manifestas observadas) comum(ns) a essas variáveis manifestas (MARÔCO, 2010).

O modelo matemático fatorial geral pode ser representado da seguinte forma:

$$Z_i = \lambda_{i1}f_1 + \lambda_{i2}f_2 + \dots + \lambda_{im}f_m + \eta_i$$

Onde:

Z_i é o i-ésimo escore do teste com média zero e variância unitária

λ_{im} são as cargas dos fatores para o i-ésimo teste

f_k são m fatores comuns, independentes e igualmente distribuídos, com média 0 e variância 1

η_j são os fatores específicos somente para o i-ésimo teste, independentes e igualmente distribuídos, com média 0 e variância ψ_j

f_k e η_j são independentes

Ela representa um técnica estatística multivariada que permite identificar a estrutura subjacente a uma matriz de dados, revelando novas variáveis, em um número inferior ao do conjunto de variáveis inicial sem que perca de forma significativa as informações contidas inicialmente (MARÔCO, 2010).

Ainda nesta etapa fez-se uso as medidas de adequação como o Kaiser Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (BTS) que examinam os dados e sugerem a aplicação da AFE. Para extração dos fatores utilizou-se o método de análise de componentes principais e o critério de Kaiser que sugere que devem ser extraídos apenas os fatores com

autovalores acima de 1. Em seguida, com o objetivo de deixar os resultados mais interpretáveis, realizou-se a rotação dos fatores através da rotação ortogonal Varimax.

Para determinar a composição final dos fatores, as comunalidades de cada variável devem ser avaliadas. Para Hair et al. (2009), devem ser identificadas todas as variáveis com comunalidades menores que 0,50 como não tendo explicação suficiente e devem ser retiradas.

A avaliação da consistência interna do instrumento foi realizada através do coeficiente α de Cronbach que é baseado nas covariâncias entre os indivíduos de uma escala e p número de itens e que varia de 0 a 1, onde o 0 indica a falta de consistência total, e o 1 aponta uma consistência interna completa, respectivamente. Além de avaliar a consistência interna

Os requisitos básicos para a realização da análise fatorial exploratória podem ser visualizados na tabela 3.3 e segue as etapas já descritas anteriormente.

Tabela 3.3 – Requisitos básicos para a realização da análise fatorial exploratória

Requisitos atribuídos a AFE	Características principais
Amostra	Amostras mínimas entre 50 e 100 casos; razão entre o número de observações e a quantidade de variáveis igual ou superior a cinco.
Correlação	Maior parte dos coeficientes de correlação deve apresentar valores acima de 0,30.
KMO	Quanto maior melhor, tendo 0,50 como o patamar mínimo de adequabilidade.
BTS	$p < 0,05$
Método de extração	Mais utilizado: Componentes principais
Método de rotação	Ortogonal e oblíqua, sendo os métodos de rotação Ortogonal mais utilizados com destaque para a rotação VARIMAX.
Avaliação dos escores fatoriais	$\pm 0,30$ (baseado no tamanho da amostra para significância).
Avaliação das comunalidades	Maiores que 0,50

Fonte: Adaptado de Silva, 2011.

3) Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A AFC aplicou-se aos itens finais retidos na fase anterior, aliada aos testes de verificação. Em relação à AFC, a avaliação da qualidade de ajuste dos modelos foi efetuada por meio de diferentes índices de ajuste, pois cada um reflete aspectos particulares. Na AFC a

validade do construto pode ser expressa a partir da validade convergente e discriminante (HAIR et al., 2009).

A validade do construto diz respeito ao grau de quanto um conjunto de itens ou variáveis realmente representam ou expressam o construto latente teórico. Na validade convergente, os itens de um construto específico devem convergir ou compartilhar uma elevada proporção de variância comum. Já na validade discriminante, por sua vez, mede o grau em que um construto é único e captura fenômenos que outras medidas não conseguem medir e é verdadeiramente diferente dos demais.

Um indicador de validade convergente é a confiabilidade do construto e pode ser calculado a partir do quadrado da soma das cargas fatoriais para cada construto e a partir da soma dos termos de variância de erro para um construto. A validade discriminante por sua vez possui evidência quando a estimativa das variâncias extraída deve ser maiores do que a estimativa quadrática e cuja variância extraída é calculada pela soma dos quadrados das cargas fatoriais, dividida pela somas dos uadrados das cargas fatoriais somadas com a soma dos erros.

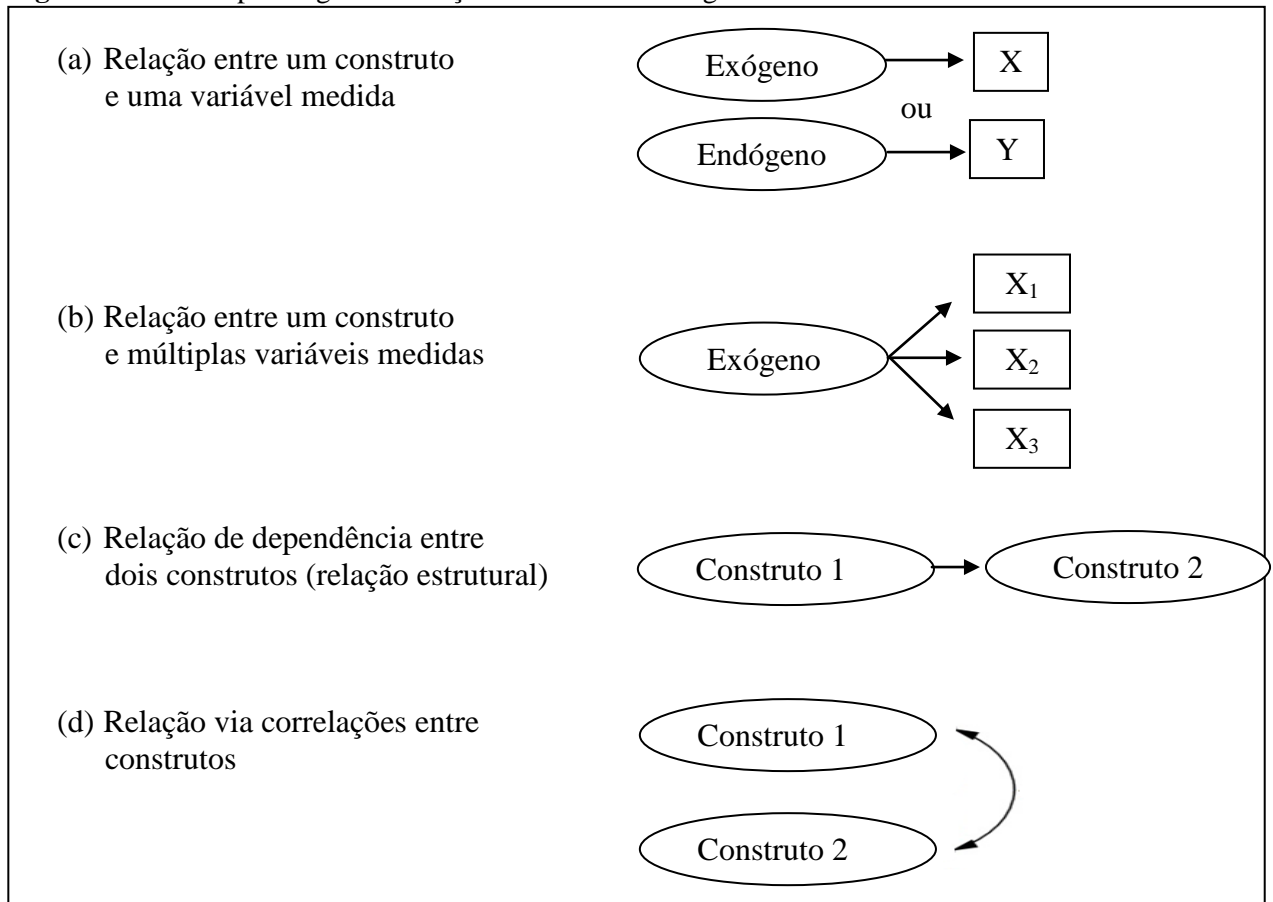
No presente estudo, os índices de ajustes utilizados foram: Qui-Quadrado (χ^2), Qui-Quadrado Normado ($\chi^2_{g.l.}$), Root Mean Square Residual (RMR), Root Mean Square of Approximation (RMSEA), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), Comparative Fit Index (CFI), Non-normed Fit Index (NNFI), Parcimony Comparative Fit Index (PCFI), Índice de Ajuste Normado de Parcimônia (PNFI) e Tucker-Lewis Index (TLI) (KLINE, 2005) e podem ser visualizados os níveis de aceitação para os indicadores de ajustes no quadro 3.1. A partir do modelo final estabelecido, foram verificadas as medidas de mensuração do modelo, a partir da validade convergente e discriminante.

Quadro 3.1 - Indicadores de Ajuste pela Máxima Verossimilhança do Modelo Final

Indicador de Ajuste	Nível de Aceitação
Função de discrepância: X^2 (g.l.)	quanto menor, melhor
Qui-quadrado normado (X^2 g.l.)	ajustamento adequado: 1 e 5 ajustamento bom: 1 e 2 ajustamento muito bom: ~1
CFI	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95,
GFI – Índice de qualidade de ajuste	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
AGFI – Ajuste do GFI	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
NFI – Índice de ajuste normalizado	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
TLI – Índice de Tukey-Lewis	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
PCFI	ajustamento bom > 0,6 ajustamento muito bom \geq 0,8
PNFI	ajustamento bom > 0,6 ajustamento muito bom \geq 0,8
RMR	\leq 0,8
RMSEA – Raíz média quadrática dos erros de aproximação residual	ajustamento muito bom < 0,05 ; p-valor \geq 0,05

Fonte: Adaptado Kline (2005).

A representação gráfica dos parâmetros estimados no modelo final testado podem ser observados através da representação do diagrama de caminhos que permite visualizar a relação entre os construtos, no modelo estrutural, e as relações de cada dimensão com as variáveis indicadoras, que compõem o modelo de mensuração. Para representar as dimensões ou construtos utiliza-se convencionalmente círculos e para as variáveis indicadoras utiliza-se quadrados ou retângulos e setas apontam para relação causal entre o construto e indicador, e a relação de dependência entre construtos, ou com pontas duplas nas correlações, conforme visualizado na figura 3.2. Os construtos pode serem classificados em exógenos que diz respeito a construtos independentes de outros construtos e endógenos que diz respeito as variáveis latentes dependentes de pelo menos, um outro construto (HAIR et al., 2009)

Figura 3.2 – Principais Figuras e relações utilizadas no diagrama de caminhos

Fonte: Hair et al., 2009.

O diagrama de caminhos, além de mostrar os indicadores do modelo de mensuração, também impõem as relações estruturais entre os construtos e representa uma etapa importante da AFC. Uma das vantagens da AFC é a sua capacidade de avaliar a validade de construto de uma teoria de mensuração proposta.

3.9 CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE SINTÉTICO GLOBAL

Para a construção do Índice Sintético Global (ISG) e para este estudo foram selecionadas, no instrumento validado por Paes et al. (2014), as dimensões **Adesão/Vínculo (D)**, **Elenco de Serviços (E)**, **Enfoque na Família (G)** e **Orientação para a comunidade (H)**. Tal escolha se deu a partir da constatação de que as mesmas dialogavam mais com as dimensões referentes à escala de apoio social de acordo com consulta prévia realizada com os cinco especialistas com experiência clínica sobre hipertensão, e com publicação em revistas especializadas e realização de pesquisas (mestrado e doutorado) sobre o tema. As dimensões

são identificadas por letras maiúsculas e as variáveis pelos códigos seguindo o instrumento original validado por Paes et al. (2014).

Para a avaliação da percepção do hipertenso sobre o apoio social, o instrumento após validação consiste de três dimensões que incluem 13 perguntas (variáveis) sobre o apoio social:

Material (O) - três variáveis sobre provisão de recursos práticos e ajuda material;

Afetivo/interação social positiva (P) - quatro variáveis sobre demonstrações físicas de amor, afeto e sobre a possibilidade de contar com pessoas com o objetivo de relaxar e divertir-se;

Emocional/informacional (M) - seis variáveis sobre a habilidade da rede em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais e sobre a possibilidade de contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem e que será melhor observada na sessão dos resultados.

Do mesmo modo, como utilizado pelo instrumento sobre satisfação, cada dimensão da escala de apoio social foi categorizada na escala do tipo Likert com as mesmas opções. As dimensões e respectivas variáveis são identificadas por códigos na tabela de valor com a proposta original.

Para identificar as variáveis dentro das dimensões com maior variação e para poder atribuir os respectivos pesos, para cada dimensão pertencente aos dois instrumentos, foi feita uma análise fatorial com extração dos componentes principais, realizada nas variáveis originais (HAIR et al., 2009).

Os pesos foram definidos inicialmente pela soma dos coeficientes dos escores fatoriais gerados pelo modelo de análise fatorial. Em seguida, foi realizada a divisão de cada coeficiente pela soma de todos os coeficientes, de tal forma que a soma dos coeficientes padronizados fosse igual a um, conforme a descrição que se segue para a construção do índice sintético global.

Para cada indivíduo da pesquisa as respostas (escores) das variáveis de cada dimensão do instrumento de satisfação e do instrumento de apoio social foram padronizadas em uma escala de 0 a 1, onde 1 representa o melhor resultado e 0 o pior. A padronização de cada uma das variáveis originais dos instrumentos foi realizada pela fórmula:

$$I_{ijk} = \frac{I_{jk} - \text{Min}(ik)}{\text{Max}(ik) - \text{Min}(ik)}.$$

Onde:

I_{ijk} – indicador padronizado do escore da variável i para o indivíduo j da dimensão k

I_{jk} – valor observado do escore da variável i para o indivíduo j da dimensão k

Min (ik) – valor mínimo do indivíduo para o escore da variável i da dimensão k

Max (ik) – valor máximo do indivíduo para o escore da variável i da dimensão k

A melhor situação para cada variável pode estar ora em ter um escore padronizado próximo do mínimo (0), ora próximo do máximo (1). Para os casos em que o escore foi igual a 0 indica a melhor situação e 1 para a pior situação, neste caso, o indicador considerado foi $1 - I_{ijk}$ utilizado na dimensão adesão/vínculo do instrumento de satisfação com APS.

A combinação dos escores das variáveis das dimensões de cada instrumento foi calculada por meio dos somatórios dos escores e das variáveis pertencentes a cada dimensão do instrumento da satisfação com APS e do instrumento da escala de apoio social. As médias de cada uma dessas somas representam os Índices Compostos para cada Dimensão variando entre zero e um.

O cálculo do índice composto (IC) para cada dimensão é dado pelas seguintes fórmulas:

$IC_{sati(k)}$ representa o índice para a dimensão (k) do instrumento satisfação com a APS da unidade de saúde:

$$IC_{sati(k)} = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n I_{ij} P_k$$

onde:

I_{ijk} – indicador padronizado do item i para o indivíduo j para a dimensão k

P_i – Peso atribuído para a dimensão k

Para este instrumento, existem quatro dimensões. Assim, $1 \leq j \leq 4$, onde i representa o número de indivíduos, j representa o número de itens e k as dimensões. Para o instrumento Satisfação foram consideradas 4 dimensões para o estudo.

Assim, o índice composto do instrumento satisfação é dado por:

$$IC_{sati} = \sum IC_{sati(k)}$$

$$IC_{sati} = \sum_{k=1}^4 \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n I_{ijk} P_k$$

$IC_{apoio(k)}$ representa o índice para a dimensão (k) do instrumento apoio social da unidade da saúde:

$$IC_{apoio(k)} = IC_{sati(k)} = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n I_{ij} P_k$$

Para esta dimensão, existem três dimensões. Assim, $1 \leq j \leq 3$ cujo índice composto do instrumento satisfação é dado por:

$$IC_{apoio} = \sum IC_{apoio(k)}$$

$$IC_{apoio} = \sum_{k=1}^3 \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n I_{ijk} P_k$$

A partir dos índices compostos calculados para cada instrumento foi calculado o índice sintético global (ISG) que permite avaliar conjuntamente o grau de satisfação com a APS e o apoio social percebido pelo usuário hipertenso. Dessa forma, é possível avaliar como cada dimensão influencia positivamente ou negativamente na composição do índice final. O índice sintético global (ISG) foi calculado pela média aritmética dos índices compostos do instrumento da satisfação com APS e do instrumento de apoio social. Ambos, independentemente, variam de 0 a 1, sendo 0 o valor que representa a pior situação e 1 a melhor.

Assim, o indicador sintético global (ISG) da unidade de saúde j é dado pela fórmula:

$$ISG = \frac{IC_{sati} + IC_{apoio}}{2}$$

Onde:

IC_{sati} – Índice composto do instrumento satisfação com a APS

IC_{apoio} – Índice composto do instrumento apoio social

3.10 APLICAÇÃO DO ÍNDICE SINTÉTICO GLOBAL

Foi feita uma aplicação do ISG nas Unidades de Saúde da Família pertencentes à coorte de hipertensos desenvolvida no município de João Pessoa realizado por Paes no período de 2009 a 2011 e que foi retomada em 2016. Para facilitar a interpretação das

informações fornecidas pelo ISG foram construídos 3 grupos de indivíduos conforme o valor do ISG: Grupo 1 (baixo): $< 0,611$ pontos; Grupo 2 (médio): $0,612$ a $0,738$ pontos; Grupo 3 (alto): $> 0,738$.

O ISG foi calculado para as unidade de saúde pertencentes aos distritos sanitários. Após a análise estatística dos Índices sintéticos globais para cada distrito sanitário baseou-se na aplicação do teste U de Mann-Whitney para determinar se houve evidência estatística com 5% de significância de que havia diferença nos índices sintéticos entre os distritos sanitários para cada dimensão do IC_{apoio} e IC_{sati} . Dessa forma, foram testadas as hipóteses:

H_0 : Não existe diferença entre os índices dos distritos sanitários

H_1 : Existe diferença entre os índices dos distritos sanitários

A estatística U de Mann-Whitney, que é a base para a decisão sobre a aceitação ou não da hipótese de nulidade é calculada por:

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Onde:

n_1 é o número de casos do grupo 1

n_2 é o número de casos do grupo 2

R_1 é a soma dos postos do grupo 1

R_2 é a soma dos postos do grupo 2

Quanto mais baixo for o valor de U, maior será a evidência de que as populações são diferentes. Isso se explica porque U é a soma de ordens, portanto seu valor será baixo se na categoria 1 estiverem os primeiros da ordem (obviamente em 2 estarão os dados de ordem superior) e é claro então que neste caso se evidencia uma diferença entre as populações. Deve-se escolher sempre o menor valor de U para ser utilizado no cálculo de z.

$$Z = \frac{U - \mu_U}{\sigma_U}$$

$$\mu_U = \frac{n_1 n_2}{2}$$

$$\sigma_U = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}$$

Onde:

Z = Estatística Z

μ_U = Média

σ_U = desvio padrão

3.11 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atende às exigências do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012) para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o CAAE nº 49405015.1.0000.5188 via Plataforma Brasil (ANEXO 3) e parecer 1292619, além da aprovação do Departamento de estatística (ANEXO 4). Os usuários do programa HIPERDIA foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e que o mesmo não envolveria risco à saúde. Para aderir ao estudo foi solicitada a assinatura do termo livre esclarecido (APÊNDICE A). O Projeto seguiu todo o fluxo de autorização da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de João Pessoa (ANEXO 5), mediante certidão e encaminhamento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 - COMPARAÇÃO ENTRE DOIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Os Sistemas de Informação HIPERDIA e do formato CDS do e-SUS foram criados com o intuito de acompanhar a produção de dados para assegurar avaliações da situação de saúde dos hipertensos e de toda a população, respectivamente e, assim, servirem como base para o planejamento do nível local como um instrumento para as práticas de atenção e de gestão.

O sistema de software e-SUS AB é público e auxilia no apoio à gestão do processo de trabalho e ao cuidado à saúde na Atenção Básica, podendo ser utilizado nos formatos de Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A Coleta de Dados Simplificada (CDS) consiste no uso de fichas mais simples do que as usadas atualmente e que posteriormente deverão ser digitadas no sistema de software e-SUS AB CDS.

Ele é composto por 10 fichas para o registro de informações. São elas: cadastro domiciliar, cadastro individual, ficha de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico individual, Avaliação da Elegibilidade e Admissão, Atendimento Domiciliar, Ficha de Visita Domiciliar, Ficha de Procedimentos e Ficha de Atividade Coletiva como evidenciado na figura 4.1.

O atual sistema foi desenvolvido para atender às necessidades da atenção básica lotadas em unidades básicas de saúde com baixa estrutura de informatização e para a gestão do cuidado em saúde. Pode ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Já o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) consiste na informatização de todos os dados dos pacientes que são atendidos na AB e foi formulado para atender às equipes de AB lotadas em Unidades Básicas de Saúde parcialmente ou totalmente informatizadas (BRASIL, 2015).

O desafio estava lançado, uma vez que no prazo de um ano após a publicação da Portaria GM/MS nº 1412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), as informações de cada indivíduo deveriam ser unificadas em um sistema apenas (e-SUS AB), suspendendo a

alimentação e utilização dos sistemas anteriores. Para tanto, existiria quatro cenários possíveis de implantação do e-SUS dependendo de cada região e cidade brasileira. O primeiro seria o CDS-SMS onde o preenchimento das fichas do CDS aconteceria nas unidades básicas de saúde e a digitação das fichas em computadores centralizados na Secretaria Municipal de Saúde; o segundo seria o CDS-UBS cujo preenchimento e digitação das fichas do CDS seriam nas unidades básicas de saúde; o terceiro seria o PEC+CDS cujo preenchimento e digitação das fichas do CDS nas unidades básicas de saúde e utilização do PEC em alguns ambientes e na recepção (organização da agenda dos profissionais) e por último o PEC onde preenchimento e digitação das fichas do CDS e a utilização do PEC em todos os ambientes da unidade.

Os municípios tiveram de se planejar para implantação desse sistema e adequação das Unidades de Saúde da Família dependendo do cenário encontrado, com o aparato tecnológico necessário, conectividade com a rede, recursos humanos necessários para digitação, treinamento de profissionais e segurança das USF's.

Isso fez com que a maioria dos municípios aderissem ao formato CDS e não ao formato PEC, para implantação do e-SUS AB, uma vez que no formato CDS o preenchimento das fichas ocorreria nas unidades básicas de saúde e as digitações das fichas poderiam ser feitas em computadores centralizados na Secretaria Municipal de Saúde. O formato PEC, por sua vez, deveria ser implantado e informatizado em alguns ou em todos os ambientes da Unidade Básica de Saúde demandando um maior planejamento e adequação das Unidades.

Acompanhando a maioria dos municípios, João pessoa-PB optou pelo formato CDS, no cenário CDS-SMS, cujo preenchimento das fichas do CDS aconteceria nas unidades básicas de saúde e a digitação das fichas em computadores centralizados nos distritos sanitários de saúde e na Secretaria Municipal de Saúde.

O município de João Pessoa optou para o processo de mudança do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e enfrentou alguns desafios e incertezas a serem superados. Os coordenadores do sistema de informação em saúde municipal receberam treinamento pelo apoio institucional do MS e em seguida foram realizadas reuniões matriciais por núcleos específicos em cada território do distrito sanitário. Além disso, os agentes comunitários de saúde e os profissionais de nível técnico e superior, depois de capacitados dispunham ainda das informações obtidas no site do Departamento de AB e contidas no Manual para preenchimento das Fichas – Sistema com coleta de dados simplificada (CDS).

No início, houve um grande número de dúvidas e incertezas que somente puderam ser sanadas durante a prática, necessitando de toda a superação dos desafios da implantação de algo, até então, novo e desconhecido.

Foi observado após reuniões e discussões do grupo condutor, bem como na prática profissional diária, a incorporação de algumas características e desafios anteriormente já identificados no HIPERDIA, bem como novas características oriundas do e-SUS. Pode-se, assim, resumir e apontar as principais características dessa mudança como:

I – Sistemas cada vez mais centralizados e verticalizados onde os dados obedecem ao fluxo sempre na direção do nível local para a central, realizando processamento fundamentalmente no nível central;

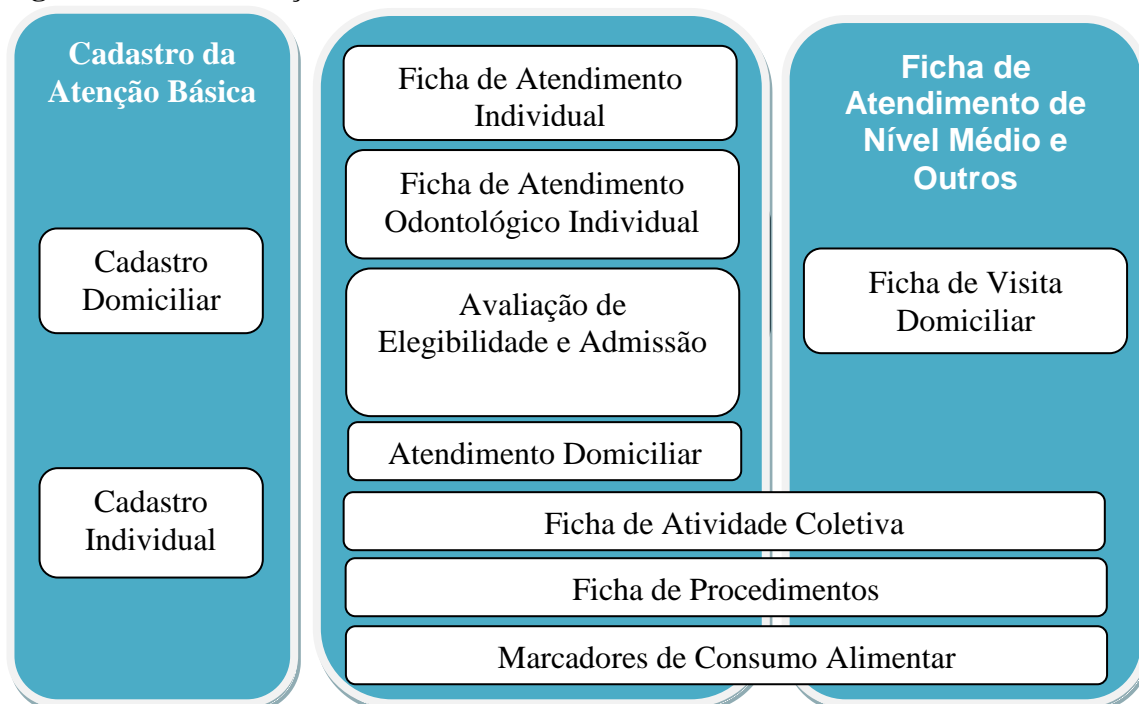
II – Ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos uma vez que não ocorre o “feedback” dos dados da produção enviadas para a Unidade de Saúde da Família (USF);

III – Ênfase na coleta de dados e procedimentos, não permitindo a construção do perfil de saúde da população em nível individual;

IV – Incompatibilidade entre os diversos sistemas de informação utilizados, como também, a indefinição de um sistema ainda em fase de conclusão;

V – Falta/deficiência de infraestrutura de informática, o que dificulta ou até mesmo inviabiliza a coleta adequada e o processamento dos dados, bem como de recursos humanos para digitação das fichas.

Figura 4.1 – Distribuição das fichas de e-SUS AB formato CDC



Fonte: Manual de Preenchimento das Fichas do Sistema com CDS, 2015 (BRASIL, 2015).

As informações referentes à hipertensão arterial são registradas nas fichas de cadastro individual, Ficha de Atendimento individual e Ficha de visita domiciliar, mas com informações que permitem a entrada ou não dos dados orientada pelo curso natural do atendimento e não focada na situação-problema de saúde referente à Hipertensão Arterial como no HIPERDIA.

As diferenças entre as informações contidas no HIPERDIA e formato CDS do e-SUS podem ser observadas nos quadros 4.1 e 4.2.

Quadro 4.1 – Comparação das informações de Identificação do usuário contidas no HIPERDIA e no e-SUS AB formato CDS

VARIÁVEIS DO HIPERDIA	VARIÁVEIS DO HIPERDIA NO e-SUS
Nome da Unidade de Saúde	Substituída por Código CNES da Unidade em todas as fichas
Número de Prontuário	Contemplada na Ficha de Cadastro Domiciliar
Nome	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual
Data de Nascimento	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual
Sexo	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual
Nome da Mãe	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual
Nome do Pai	Não contemplada nas fichas do e-SUS
Raça/Cor	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual
Escolaridade	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual, entretanto com acréscimo das informações Creche, Pré-escola, Classe alfabetizada, Ensino fundamental modalidades de 1ª a 4ª série, de 5ª a 8ª série, especial, EJA – séries iniciais, EJA – séries finais, Ensino médio especial, Ensino médio EJA, alfabetização para adultos (Mobral)
Nacionalidade	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual
País de Origem	Substituída por país de Nascimento
Data da Naturalização	Não contemplada nas fichas do e-SUS
Nº da portaria	Não contemplada nas fichas do e-SUS
UF Município de Nascimento	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual
Situação Familiar Conjugal	Não contemplada nas fichas do e-SUS
Nº Cartão do SUS	Contemplada na Ficha de Cadastro Individual

Fonte: Dados da pesquisa

O e-SUS apresenta-se como um sistema único e simplificado e as fichas de utilização do formato CDS acima descritas incluem algumas variáveis da ficha de cadastro do HIPERDIA. Entretanto, no formato CDS do e-SUS estão contempladas outras variáveis que não estavam no HIPERDIA.

A maioria das informações referentes à identificação do usuário presentes no HIPERDIA está contemplada nas fichas do formato CDS do e-SUS com exceção das variáveis: situação conjugal, nome do pai, data de naturalização e nº da portaria. Já as

variáveis, nome da Unidade, país de origem e escolaridade foram modificadas por outras, mas com significados parecidos.

No que diz respeito às informações referentes aos documentos gerais e obrigatórios presentes na ficha cadastral do HIPERDIA apenas o PIS/PASEP está contemplado na Ficha de Cadastro Individual do formato CDS do e-SUS. Em relação às variáveis de endereço do usuário contidas no HIPERDIA, todas estão contempladas na Ficha de cadastro domiciliar do formato CDS do e-SUS.

As informações referentes aos dados clínicos do usuário, as variáveis como Cintura, Amputação por Diabetes, Antecedentes Familiares cardiovasculares, sedentarismo, Pé Diabético não estão contempladas nas fichas do formato CDS do e-SUS, enquanto que as demais informações detalhadas na tabela acima estão contempladas na Ficha de Cadastro Individual. Nenhuma variável referente ao tratamento seja ele medicamentoso ou não, contemplado na ficha do HIPERDIA está inserida na ficha do formato CDS do e-SUS.

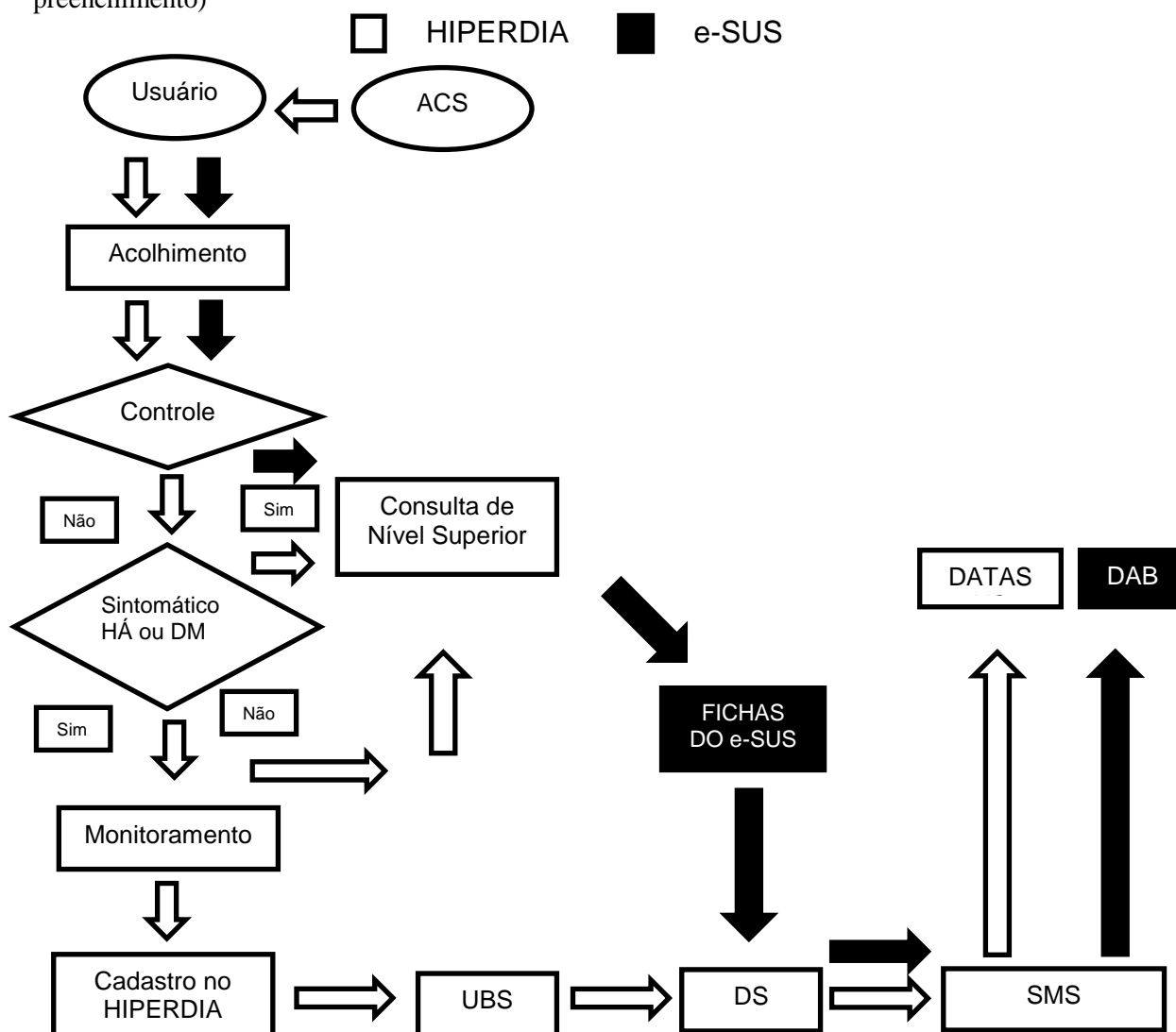
Quadro 4.2 – Comparação das informações de Documentos gerais e Obrigatórios, endereço, dados clínicos e tratamento contidas no HIPERDIA e no e-SUS AB formato CDS

VARIÁVEIS DO HIPERDIA	VARIÁVEIS DO HIPERDIA NO e-SUS
DOCUMENTOS GERAIS	
Título de eleitor, CTPS, CPF, PIS/PASEP	Nenhuma dessas informações estão contempladas nas fichas do formato CDS do e-SUS e apenas o PIS/PASEP está contemplada na Ficha de Cadastro Individual
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	
Identidade, certidão (TV)	Não contempladas nas fichas cadastrais do e-SUS
ENDEREÇO	
Tipo de logradouro, Nome do Logradouro, Número, Complemento, Bairro, CEP, DDD e Telefone	Todas as estas informações estão contempladas nas fichas do formato CDS do e-SUS, na Ficha de cadastro domiciliar
DADOS CLÍNICOS	
Pressão Arterial Sistólica, Pressão Arterial Diastólica, Cintura, Peso, Altura, Glicemia Capilar em jejum, Glicemia capilar Pós Prandial	Essas informações estão contidas A variável Cintura não está contemplada nas fichas do formato CDS do e-SUS e todas as demais informações estão contempladas nas fichas do formato CDS do e-SUS, mas não como valores mensurados e sim como consolidado de procedimento apenas.
FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES	
Antecedentes Familiares – cardiovasculares, Diabetes Tipo, Diabetes Tipo 2, Tabagismo, Sedentarismo, sobrepeso/Obesidade, Hipertensão Arterial, Infarto Agudo do Miocárdio, Outras Coronariopatias, AVC, Pédiabético, Amputação por diabetes, Doença Renal	As variáveis - Antecedentes Familiares cardiovasculares, sedentarismo, Pé Diabético e Amputação por Diabetes não estão contempladas nas fichas do formato CDS do e-SUS e todas as demais informações estão incluídas na Ficha de Cadastro Individual do formato CDS do e-SUS.
TRATAMENTO	
Não medicamentoso, Medicamentoso (Hidroclorotiazida, Propranolol, Captopril, Glibenclamida, Metformina), comprimidos/dia, insulina, unidades/dia	Nenhuma dessas informações estão contempladas nas fichas do formato CDS do e-SUS.

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao fluxo percebe-se a mudança de um sistema para o outro como se pode observar ao analisar o Fluxograma (Figura 4.2) do percurso do hipertenso nos dois sistemas. No Programa HIPERDIA (BRASIL, 2008) o fluxo seguia o percurso onde o ACS durante a visita domiciliar orientava o usuário a procurar a Unidade de Saúde da Família (USF). O usuário deveria ser acolhido pelos profissionais da USF, e posteriormente pelo técnico de Enfermagem que iria proceder às aferições e mensurações inerentes ao programa HIPERDIA como peso, altura, pressão arterial e circunferência abdominal no sentido de controle da hipertensão. Se o paciente não estivesse com as aferições dentro dos padrões normais e com sintomas de Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus realizava o monitoramento e após confirmação realização do cadastro no HIPERDIA na USF.

Figura 4.2 – Fluxograma analisador do percurso do usuário até geração da informação de hipertensão arterial e envio de dados com o HIPERDIA (sem preenchimento) e do e-SUS formato CDS (com preenchimento)



Fonte: Dados da pesquisa

A 1ª via do cadastro seria anexada ao prontuário do hipertenso e a 2ª via do cadastro seria enviada ao distrito sanitário de saúde que consolidava as informações e enviava a Secretaria Municipal de Saúde, a qual realiza o processamento dos dados para, em seguida encaminhar para o DATASUS no Ministério da Saúde. A primeira via ficava na própria USF para o acompanhamento do usuário mediante inserção do mesmo em um livro de controle e acompanhamento próprio de cada USF, sempre aprazando (cartão de aprazamento) o retorno de sua consulta. Ao final de cada trimestre a equipe de Saúde da Família deveria se reunir para avaliar o desempenho do Programa HIPERDIA traçando metas para promover melhorias.

Com a chegada do formato CDS do e-SUS, as USF's deixaram de alimentar o sistema do HIPERDIA, não ficando nenhuma via de cadastro, acompanhamento e/ou atendimento na USF, não ocorrendo avaliação, discussão e planejamento de metas e ações para este público. Todo e qualquer usuário ao chegar à USF é acolhido e mediante sua queixa, encaminhado para consulta médica. Este profissional preenche a ficha de atendimento individual que envia para o distrito sanitário de saúde, onde os dados são inseridos no sistema e em seguida enviados à Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde consolida a produção de todos os distritos e envia diretamente para o Departamento da Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, e, por conseguinte obtendo um fluxo diferente do HIPERDIA.

Portanto, no formato CDS do e-SUS o usuário só será identificado como hipertenso caso o mesmo durante o cadastro individual realizado pelo ACS ou durante a consulta de um profissional de nível superior, relatar ou apresentar essa condição, uma vez que essa informação só é fornecida pelo curso natural do atendimento, caso contrário não terá essa identificação. No formato do e-SUS CDS as equipes deixaram de realizar a avaliação trimestral de metas e do desenvolvimento das ações e grupos operativos de HIPERDIA. O livro de controle e acompanhamento próprio de HIPERDIA da USF foi abolido, ficando apenas como material consultivo em eventuais ações de atendimento e com informações desatualizadas.

O acompanhamento (aprazamento do retorno) e a dificuldade de registro se tornou algo observado com a implantação no formato CDS, o que já tinha sido evidenciado em outro estudo realizado pela coorte de Hipertensão em 2013, cujas dificuldades encontradas pelos autores partiram da ausência dos registros nos prontuários para análise de como estava o acompanhamento dos usuários, fato este potencializado após a utilização do e-SUS formato CDS (ARAÚJO; PAES, 2013).

Diferentemente, o HIPERDIA tinha suas ações focadas na situação-problema de saúde referente à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus onde os usuários eram cadastrados e acompanhados como hipertensos e/ou diabéticos em todas as etapas do cuidado.

Ao considerar o fluxograma da Figura 4.2 se observa que os dados são gerados muito antes de chegar à UBS e que diversas informações são produzidas durante as visitas domiciliares e dentro do próprio consultório, não estando contempladas no preenchimento das fichas seja pelo HIPERDIA seja no formato CDS e-SUS, podendo ser uma problemática advinda da implantação parcial do e-SUS, apenas no formato CDS, estando contempladas ou não no formato PEC e em seus relatórios operacionais suprimindo essa deficiência, o que precisa de mais estudos sobre a temática.

Pode-se dizer, então, que as informações que alimentam os Sistemas de Informação em Saúde estão sendo aquelas passíveis de quantificação, previamente definidas nestes sistemas, expressas em variáveis numéricas, representando muito mais o trabalho e a produção do profissional, do que a condição de saúde dos usuários, ou mesmo a qualidade do atendimento ofertado pelo profissional e a resolutividade de sua prática em saúde.

Nesse sentido, tanto o HIPERDIA como o e-SUS em seu formato CDS, a exemplo de outros Sistemas de Informação em Saúde, necessitam ser repensados, no sentido de incluir outras formas de informação produzidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelos demais profissionais da área da saúde (MORAES; SANTOS, 2001).

Ao analisar os relatórios produzidos pelos sistemas percebe-se que no SIS/HIPERDIA, os dados produzidos na UBS eram referentes aos usuários hipertensos acompanhados mensalmente, sendo que esses registros demonstravam o número de consulta e controle de dispensa das medicações padronizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Enquanto que os dados provenientes do e-SUS no formato CDS são gerados durante as consultas, cadastros, procedimentos, visitas domiciliar e atividades coletivas não referentes a usuários hipertensos, mas usuários como um todo em suas diversas patologias.

É importante frisar que embora os dados tenham uma fonte comum, não se cruzam para a produção de informações sobre a resolutividade da atenção à saúde aos usuários hipertensos atendidos na UBS.

Outro problema que surge com a divergência de produção, fluxo e análise dos dados entre os dois SISs é em relação à aquisição e dispensa de medicamentos para a Atenção Básica, sendo que este é, justamente, um dos principais objetivos do SIS/HIPERDIA (BRASIL, 2001). O e-SUS no formato CDS não gera este tipo de informação relacionado ao tratamento do Hipertenso e Diabético, o planejamento das ações assistenciais e da dispensa de

medicamentos que estava relacionado ao número de usuários cadastrados na UBS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003) ficando interligado a dispensação na própria farmácia da UBS e seu consolidado final de medicamentos.

O modo como se configura o fluxo da informação aqui analisado não favorece a concretização dos objetivos estabelecidos pelo MS, no que diz respeito à utilização das informações dos dados do e-SUS para orientar a tomada de decisão pelos gestores do SUS, bem como, possibilitar a instrumentalização das instâncias de Controle Social disponibilizando, assim, os dados para o uso de todos os envolvidos na consolidação do SUS (MORAES; SANTOS, 2001).

Essa afirmação é reforçada pelo fato de que os profissionais da APS não possuem acesso ao sistema nem aos relatórios gerados pelo sistema e-SUS no formato CDS, podendo esta instância observar apenas os dados já condensados nos relatórios mensais por USF.

Entretanto, com o advento do formato CDS do e-SUS acaba a fragmentação do indivíduo em vários sistemas onde, por exemplo, uma única mulher poderia anteriormente entrar no SIS/Pré-Natal, no SIS/Colo, no SIS/HIPERDIA e no SIAB. Neste caso, não seria o bastante, o ideal seria um modelo de Sistema de Informação em Saúde no qual todas as informações pudessem ser submetidas e modeladas ao que está pré-estabelecido. O que se percebe é que os dados se restringem a quantificar consultas, procedimentos, exames e visitas domiciliares realizadas, dentre outros itens de igual natureza.

A discussão dos dados referentes à hipertensão arterial a partir de duas bases investigadas, contidas no HIPERDIA e do formato CDS do e-SUS e as dificuldades no cruzamento de dados e informações dessas duas bases de dados demonstram as distorções existentes a respeito de dados que deveriam estar em consonância. Assim, a contribuição deste estudo está em mostrar a necessidade de se pensar novas possibilidades na geração da informação em saúde dos hipertensos no Brasil.

O empoderamento na utilização dos sistemas de informação por profissionais de saúde faz-se necessário pela facilidade que esse tipo de instrumento gera na visualização do quadro de saúde de populações específicas, como é o caso das pessoas que vivem com HAS. Sabe-se, no entanto, que o sucesso na utilização desses instrumentos não depende exclusivamente da vontade dos profissionais em utilizá-lo, mas também de estrutura informacional que seja capaz de sustentar o seu uso nos níveis locais de planejamento e assistência à saúde e de capacidade técnica necessária para transformar os dados em informação útil ao planejamento.

Portanto, se fazem necessárias a realização de novas pesquisas, estudos e relatos em longo prazo, para que realmente se possa melhor avaliar o e-SUS, no sentido de analisá-lo

enquanto ferramenta de processo de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações em saúde e dos profissionais e de cuidado, bem como a sua implantação em formato completo (CDS+PEC). Apesar de assentar em pressupostos importantes, como a possibilidade de superar a fragmentação das informações, o e-SUS formato CDS ainda é verticalizado e centralizado, onde se cometem desta forma, os mesmos erros de outros SIS.

4.2 ANÁLISE DO PERFIL DA COORTE DE HIPERTENSOS NA APS E DAS CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS DE SEGUIMENTO DURANTE A COORTE

Na análise do perfil da coorte e das características das perdas de seguimento observou-se que os estudos observacionais de coortes consistem no acompanhamento de grupos de pessoas em um determinado momento, sendo expostos a um ou mais fatores de risco. São mais adequados para identificar fatores de risco e prognósticos, acompanhamento da história natural de certas doenças e no estudo do impacto de intervenções diagnósticas e terapêuticas. Seu objetivo principal é obter uma estimativa válida e precisa do efeito de uma exposição na ocorrência de um desfecho na população em estudo.

Uma das principais dificuldades é acompanhar os membros da coorte e manter sua participação no processo de coleta de dados durante um longo período. Parsons (2010) reconhece essa dificuldade e acrescenta que pouco se sabe acerca das razões que levam os participantes a não continuar ou a fazer parte de um estudo e das estratégias que poderiam contribuir para melhorar a sua retenção.

É essencial minimizar qualquer tipo de perda dentro da coorte e estudar os fatores de perda associados a cada um, a fim de que se possa avaliar a existência e extensão da diminuição do poder estatístico das coortes e do viés que pode resultar desses efeitos de seleção.

Em 2009, Paes construiu a primeira coorte de hipertensos adultos cadastrados na Atenção Básica em municípios da Paraíba dando sequência nos anos 2010, 2011 e 2016 (PAES, 2008; PAES, 2009a; PAES, 2009b). Considerando a diminuição na participação ao longo dos anos e os custos dos estudos de coorte, é essencial buscar informações que permitam avaliar o potencial da não participação no estudo e compreender os determinantes desse comportamento.

No primeiro ano de coleta de dados da coorte de hipertensos no município de João Pessoa em 2009 foram entrevistados 343 hipertensos, em 2016 este número foi reduzido para

171 sujeitos, o que significou 172 perdas no total. Ao observar a continuidade de seguimento da coorte e o motivo do abandono dos hipertensos de 2010 a 2016 (Tabela 3.2) encontrou-se em 2010 a recusa como principal motivo, seguido de mudança de endereço. Já em 2016 houve uma inversão com a mudança representando o principal motivo como perda de seguimento. O motivo da perda referente ao óbito com o tempo foi um dado importante representando 10% da perda total em 2016. Durante a coleta de dados, alguns usuários não foram encontrados/reconhecidos pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou Unidade de Saúde da Família (USF), nem pelos moradores dos endereços de cadastro inicial da coorte. Para esses casos juntamente com aqueles em que alguns endereços como quadras e lotes tornaram-se ruas e, portanto, foram considerados como outros motivos das perdas de seguimento.

A coleta de dados foi realizada no território de 36 Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, constituídas de inúmeros bairros, em sua maioria, estão localizados na periferia e regiões de conjuntos de habitações populares precariamente construídas e desprovidas de infraestrutura, que representam áreas de vulnerabilidade social. Esses e outros fatores podem incentivar o elevado número de mudanças de domicílio em 2016, o que representa um fator importante para perda de seguimento dos hipertensos.

Verifica-se, assim, que a perda de seguimento nesse estudo foi alta devido à mortalidade e mudança. Após 8 anos, pouco mais da metade da amostra original permaneceu na coorte. Segundo Alves et al., (2011) os principais motivos de mudança de local de residência são a falta de infraestrutura, a insegurança pública, as questões socioeconômicas, culturais e ambientais.

No estudo de Zunzunegui; Béland; Gutiérrez-Cuadra (2001) que descreveram a dinâmica de acompanhamento do estudo longitudinal entre 1993 e 1997 sobre envelhecimento realizado na Espanha, observou-se uma perda de 48% dos participantes da linha de base, onde 24% morreram, 17% se recusaram a continuar a participar e 8,7% foram impossíveis de localizar, resultados semelhantes a esta coorte.

Uma das razões para explicar a alta proporção de perdas neste estudo pode ser devido ao alto custo da pesquisa longitudinal e os orçamentos mais baixos na pesquisa científica nos últimos anos no Brasil (RIGHETTI, 2016). Restrições orçamentais implicam a disponibilização de poucos recursos para coleta de dados. Nesse estudo, foi impossível definir estratégias para determinar e entrevistar pessoas da amostra que se mudaram ou não deixaram seu endereço nos serviços de saúde. Outras estratégias para manter os membros da coorte como, boletins informativos, brindes, incentivos ou recompensas não foram realizados, o que certamente poderiam ser considerados procedimentos antiéticos.

Outro problema encontrado é a dificuldade de acompanhamento do usuário da atenção básica, uma vez que o sistema de saúde não fornece uma plataforma digital que proporcione a integração nacional dos usuários, dificultando o acompanhamento diante de mudanças de endereço do hipertenso. Apesar da tentativa da informatização do sistema de saúde através do e-SUS AB, o sistema ainda não está totalmente implementado.

O perfil das variáveis dos hipertensos da amostra final da última onda de seguimento da coorte em 2016, condiz com o perfil da amostra inicial (2009). Os valores em percentagem se posicionaram dentro do intervalo de confiança estimado para os parâmetros de interesse (proporção) do perfil pelo método *Bootstrap* (Tabela 4.1). A única variável que não estava dentro do Intervalo de Confiança *Bootstrap* foi a renda como referencia 1 salário apenas.

Tabela 4.1 – Características sociodemográficas dos usuários hipertensos cadastrados na APS no município de João Pessoa em 2009 e 2016 com Intervalo de Confiança *Bootstrap*

VARIÁVEIS		AMOSTRA 2009			AMOSTRA 2016	
		N	%	Bootstrap IC 95 %	N	%
Sexo	Feminino	253	73,8	69,1 – 78,1	122	71,3
	Masculino	90	26,2	21,9 – 30,9	49	28,7
Faixa etária	Até 60 anos	163	47,5	42,0 – 52,8	82	48,0
	60 anos ou mais	180	52,5	47,2 – 58,0	89	52,0
Raça	Branca	114	33,2	28,3 – 38,6	66	38,6
	Preta	75	21,9	17,5 – 26,2	32	18,7
	Amarela	7	2,0	0,9 – 3,8	4	2,3
	Parda	142	41,4	35,9 – 46,6	67	39,2
	Indígena	5	1,5	0,3 – 2,9	2	1,2
Escolaridade	<9 anos	122	80,8	74,2 – 87,4	116	76,8
	9 anos ou mais	29	19,2	12,6 – 25,8	35	23,2
Coabitação	Convive com alguém	329	95,9	93,9 – 98,2	163	95,3
	Vive só	14	4,1	1,8 – 6,1	08	4,7
Renda familiar	1salários	132	38,5	33,2 – 43,1	62	44,9
	>1salários	211	61,5	56,9 – 66,8	76	55,1
Ocupação	Economicamente Ativo	280	83,8	79,9 – 87,7	134	81,7
	Economicamente Não Ativos	54	16,2	12,3 – 20,1	30	18,3

Fonte: Dados da pesquisa

O resultado do *Bootstrap* assume que a amostra final é representativa da população da qual se originou, considerando-a representativa da amostra inicial e sem perdas, uma vez que

o valor da porcentagem da variável da amostra final recai dentro do intervalo de confiança atribuído com um IC de 95%. Os resultados em percentuais obtidos sobre as características do perfil de abandono da coorte de hipertensos indicam que os participantes parciais (que não permaneceram todos dos anos da coorte) não apresentaram características sociodemográficas diferentes dos participantes totais (aqueles que participaram da coorte em todos os anos). O perfil da amostra final, apesar da perda de seguimento, apresentou representatividade da amostra inicial (2009) mediante intervalo de confiança estimado para os parâmetros de interesse do perfil pelo método *Bootstrap* e apresenta-se como um possível perfil característico para perdas de seguimento de estudo de coorte de hipertensos.

O presente estudo para 2016 apresentou uma amostra de 171 usuários. O sexo feminino prevaleceu (76%) e a faixa de idade com o maior quantitativo de pessoas ficou entre 60 e 79 anos (68%). O nível de escolaridade, da raça e da situação conjugal predominante foram do ensino menos de 9 anos de estudo (77%), não brancas (73%) e convivência com alguém (98%), respectivamente. Observou-se ainda que os usuários apresentara predominantemente a PA não controlada (67%) e não são acompanhados pelas APS (70%), conforme mostra tabela 4.2.

Tabela 4.2 – Perfil dos usuários hipertensos por distritos sanitários de saúde no município de João Pessoa

VARIÁVEIS		DISTRITOS SANITÁRIOS					TOTAL	%
		I	II	III	IV	V		
Gênero	Feminino	32	25	44	16	14	130	76
	Masculino	12	6	12	6	5	41	24
Faixa etária	Até 60 anos	11	14	20	5	6	55	32
	60 anos ou mais	33	17	36	17	13	116	68
Tempo de ensino	< 9 anos	35	21	41	18	17	131	77
	9 anos ou mais	9	10	15	4	2	40	23
Raça	Branca	10	6	14	7	11	48	27
	Não Branca	34	21	42	18	9	123	73
Situação conjugal	Convive com alguém	42	30	54	21	20	166	98
	Vive só	2	1	2	0	0	5	2
Controle da PA	Sim	9	13	19	8	7	56	33
	Não	33	18	37	14	12	115	67
Acompanhamento	Acompanhado	13	12	14	7	5	51	30
	Não acompanhado	29	19	42	15	14	120	70

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Machado et al. (2016), a prevalência do gênero feminino evidenciada em seu estudo também foi encontrada na presente pesquisa no que se refere ao predomínio da HA em mulheres e acredita-se que estes fato é explicado pelo fato que as mulheres são as que mais

procuram os serviços de saúde pela própria condição reprodutiva e fisiológica, e por se importar mais com um envelhecimento saudável (ARAÚJO, PAES, 2015).

Já o estudo realizado por Vancini-Campanharo et al. (2015) que analisa essa faixa etária como dominante na hipertensão arterial, os indivíduos idosos (pessoas com 60 anos ou mais) são mais propensos a desenvolverem HA devido às alterações fisiológicas e comportamentais.

O nível de escolaridade é importante para analisar o grau de instrução dos sujeitos. Desta forma, o referido estudo apresentou que, aproximadamente, 80% desses usuários foram classificados com escolaridade baixa, o que pode influenciar na dificuldade da internalização das informações recebidas na educação em saúde (SBC; SBH; SBN, 2016; VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

De acordo com Freitas et. al (2012), no Brasil, a hipertensão arterial é mais predominante entre indivíduos com menor escolaridade o que tem sido identificada em vários estudos (GIROTTTO et al., 2009; GOMES; SILVA; SANTOS, 2010), incluindo esta pesquisa e que compõe um fator que dificulta um controle eficaz da pressão arterial (PA).

De acordo com o trabalho concretizado por Silva et al. (2016), ficou evidenciado o predomínio da raça parda, sendo esse predomínio também encontrado no atual estudo. Este resultado é corroborado pela pesquisa de Aquino et al. (2001), o que foi desenvolvido em Salvador – BA com predomínio de usuários de cor parda com 61,2% da amostra, mesmo sendo evidenciado pela literatura que os negros são afetados pela HA duas vezes mais que os brancos e parecem estar mais suscetíveis às suas complicações (SBC; SBH; SBN, 2016). Este fato pode ser explicado pelo Censo demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, cuja cor parda representou a segunda raça predominante no Brasil, com 45% da população. Entretanto qualquer raça ou indivíduo está sujeito a desenvolver HA.

Conviver com alguém também deve ser destacado, uma vez que estudos indicam que o suporte familiar oferecido não só pelo cônjuge, mas também pelos demais membros da família tenderiam a apoiar o hipertenso, facilitando a sua inserção no contexto da doença e adesão ao tratamento, contribuindo, desta forma para controle da PA (PIERIN et al., 2009).

Freitas et al., (2012), reforça o exposto e afirma em seu estudo com 200 hipertensos realizado em Maceió-AL, onde a pressão controlada foi encontrada em 98% dos hipertensos casados, enquanto que entre os solteiros, a frequência de controle correspondeu a 79%. Este fato confirma com a literatura vigente (CENATTI et al., 2013; LOPES et al., 2012; ZAITUNE et al., 2006).

4.3 - VALIDAÇÃO DA ESCALA DE APOIO SOCIAL EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

O processo de validação da escala seguiu as etapas propostas. Os cinco especialistas que participaram do estudo receberam o formulário no qual constavam as instruções específicas sobre o procedimento de análise do instrumento e o formulário de avaliação e todos eles retornaram a avaliação no período estabelecido.

Entre as sugestões dadas pelos especialistas, pode-se destacar que 60% deles sugeriram a exclusão do item O.19 (Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça – dimensão interação social positiva) do formulário no apêndice B. Considerando a avaliação de tais critérios, obteve-se uma nova versão do instrumento a partir das adequações sugeridas pela análise dos especialistas, a qual foi considerada para a próxima etapa do estudo. Desta forma, o número de itens reduziu-se para 18.

No instrumento do MOS, foram pré-estabelecidas cinco dimensões do apoio social para análise: Material, Afetivo, Emocional, Informação e interação social positiva, as quais foram consideradas válidas a partir da consulta aos especialistas (apêndice B). No entanto, do ponto de vista estatístico, o número final de dimensões a ser considerado em um instrumento deverá ser obtido através da Análise Fatorial Exploratória.

Os especialistas realizaram suas contribuições na avaliação, em relação à pertinência e representatividade dos itens que compuseram cada dimensão da escala do MOS, propondo adaptações ao instrumento original.

Coluci, Alexandre e Milani (2015) reforçam a importância dos especialistas e ressaltam que a avaliação de conteúdo de um instrumento é uma etapa essencial ao desenvolvimento de novos instrumentos de medida, pois permite avaliar inicialmente os conceitos abstratos propostos como indicadores observáveis e mensuráveis. Assinalam que deve ser realizada por especialistas na área de medida e que vão identificar se os itens selecionados para o instrumento realmente expressam os domínios dos construtos desejados.

Foram consideradas para o estudo 18 itens da escala que satisfizeram os critérios de inclusão, permitindo assim, a continuidade de aplicação da análise fatorial. Como exploração inicial da adequação dos itens ao procedimento de análise fatorial, os quais testam a hipótese nula de matriz identidade. Foram encontrados os valores de 0,883 para o índice KMO e para o teste de esfericidade de Bartlett o χ^2 foi igual a 1641,275 com 153 graus de liberdade e um p-valor de 0,0000. Os resultados obtidos por meio do índice KMO e o teste de esfericidade de Bartlett evidenciaram adequação da amostra para a realização da AFE.

Os itens da escala apresentaram correlações significativas ($p\text{-valor} < 0,001$), de forma que a Matriz anti-imagem da correlação apresentou em sua diagonal principal, para cada variável considerada uma medida de adequação da amostra ($MAA > 0,50$), mostrando adequação dos dados para seguimento da AFE. Uma vez comprovado que os dados eram adequados para realizar a análise fatorial, levou-se a cabo tal procedimento.

Segundo Hair et al. (2009) os dados com $KMO \geq$ igual ou superior a 0,80 apresentam-se com um resultado admirável. O teste de esfericidade de Bartlett também se apresentou satisfatório ao ser constatado uma significância menor que 0,0001, rejeitando-se a hipótese nula H_0 de que a matriz de correlação é uma matriz identidade.

Ao se analisar as cargas fatoriais e as comunalidades, foram excluídos do modelo inicial os itens que apresentaram carga fatorial inferior a 0,05 ($<0,05$) e comunalidades abaixo de 0,50. Esta verificação resultou na exclusão de seis itens (O.2, O.4, O.6, O.8 e O.10).

A análise de comunalidade apresentou a exclusão de seis itens. Segundo Paes et al. (2014), a exclusão de cerca de um terço dos itens originais, embora possa ser considerado um número relativamente alto, ocorrendo na análise fatorial inicial se justifica em virtude deles não estarem contribuindo de forma significativa para a composição e a compreensão teórica das dimensões para as quais foram propostos.

Malhotra (2001) reforça o exposto e afirma que é através da AFE que a informação contida em um número de variáveis originais é condensada em um número menor de fatores com um mínimo de perda dessa informação.

Após a retirada desses itens, uma nova Análise Fatorial Exploratória com as 13 variáveis selecionadas restantes foi realizada, resultando em um modelo com 3 fatores extraídos, a partir do método das componentes principais, utilizando o Critério de Kaiser, onde devem ser extraídos todos os fatores com autovalor ou *eigenvalue* maior que 1. O fator 1 apresentou um autovalor de 6,048, carregando cerca de 46,5% da variância. O segundo fator apresentou um autovalor de 1,624, carregando em torno de 12,4%. O terceiro fator apresentou um autovalor de 1,044 carregando 8,0 % da variância. Em conjunto, os três fatores explicaram 67,0% da variância dos itens originais (Tabela 4.3).

A AFE apresentou uma redução dos cinco fatores/dimensões para três fatores/dimensões agrupando-os. Conforme destacam Figueiredo e Silva (2010), a melhor solução quanto ao número de fatores a serem extraídos a partir da AFE é aquela que identifica o menor número de fatores e que maximiza a quantidade de variância explicada. Hair et al. (2009) sugerem o nível de 60% ou mais como patamar mínimo de aceitabilidade e que é contemplada neste estudo.

O primeiro fator extraído apresentou as mesmas dimensões, como proposto no modelo de Sherbourne & Stewart (1991), as quais foram agregadas em um só fator (informação/emocional), entretanto os autores encontraram um modelo com quatro fatores.

O resultado da AFE aqui presente corrobora com o estudo de validade da escala de apoio social proposto por Requena et al. (2007), ao revelar através da análise fatorial exploratória a existência de três fatores (emocional/informação; afetivo; material) capazes de explicar 65% da variabilidade global dos dados. Os autores realizaram uma amostra de pacientes com câncer ambulatorial em um hospital de Barcelona, Espanha.

Já Mahmud, Awang e Mohamed (2004) em seu estudo com puérperas buscando avaliar as propriedades da escala de apoio social, encontraram através da análise fatorial exploratória, três fatores determinados e explicavam 51% da variância dos dados, cuja escala apresentou boa consistência interna (α de Cronbach = 0,93).

Para melhor interpretação dos fatores, obteve-se como solução final uma matriz fatorial rotada, obtida a partir da rotação ortogonal pelo método Varimax. Esta matriz final é mais sensível e interpretável (Tabela 4.3). Após a rotação varimax das cargas dos fatores, seis itens tiveram cargas mais altas no fator I; quatro itens, no fator II; e três itens, no fator III.

Tabela 4.3 - Solução final da Análise Fatorial Exploratória e consistência interna do instrumento de apoio social ao usuário hipertenso

Variáveis	Fatores			Comunalidades
	1	2	3	
O.15	0,853			0,788
O.14	0,830			0,747
O.12	0,748			0,644
O.3	0,742			0,684
O.17	0,655			0,568
O.7	0,611			0,532
O.18		0,792		0,748
O.5		0,779		0,751
O.9		0,747		0,630
O.16		0,593		0,573
O.13			0,822	0,803
O.1			0,770	0,538
O.11			0,672	0,672
Estatísticas do modelo^a				
%explicação da variabilidade	46,520	12,494	8,032	
α Cronbach	0,882	0,830	0,762	
a-Estatística KMO = 0,883; teste de esfericidade: estatística de Bartlett = 1641,275. Gl = 153				
Valor P = 0,0000				

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao se observar as cargas fatoriais das 12 variáveis resultantes, todas apresentaram carga fatorial superior a 0,5. Entendendo que as cargas fatoriais representam a correlação do

item e o fator, quanto maior o valor absoluto da carga fatorial, mais importante se torna para a interpretação fatorial.

Quanto às comunalidades extraídas das variáveis resultantes, pode-se verificar que as mesmas apresentaram valores razoavelmente altos. Isto indica que os fatores extraídos explicam bastante à variabilidade dos itens. 75% (09) dos itens apresentaram comunalidades superiores a 0,60, conforme mostra a tabela 4.3. Hair et al. (2009) consideram como valor mínimo aceitável igual a 0,50.

A verificação da consistência interna do instrumento, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, revelou uma alta consistência interna geral, apresentando o valor de 0,903 para os três fatores avaliados. Para cada um dos fatores extraídos, o coeficiente alfa de Cronbach foi superior a 0,60, sendo que para o Fator 1 ($\alpha = 0,882$), Fator 2 ($\alpha = 0,830$) e Fator 3 ($\alpha = 0,762$). Os resultados indicam que o instrumento apresentou boa consistência interna (Tabela 4.3), ou seja, os itens estão medindo ou representando consistentemente o mesmo construto latente.

A solução final obtida a partir AFE, considerando as 13 variáveis originais, resultou em 3 fatores com um bom ajuste no modelo. O primeiro fator abrangeu todos os itens de apoio informacional e os itens restantes do apoio emocional das dimensões originais da escala. O segundo fator incluiu todos os itens do apoio afetivo e o item O. 16 (Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis), remanescente do tipo de apoio de interação social positiva. O terceiro fator, de maneira semelhante ao que ocorreu na versão original, incluiu todos os itens remanescentes de apoio material.

Dessa forma foi revelada através da Análise Fatorial Exploratória a existência de três fatores (emocional/informação; afetivo/interação social positiva; material) capazes de explicar 67% da variabilidade global dos dados. Os indicadores da Análise Fatorial Exploratória da amostra de validação e os resultados constantes das sucessivas pesquisas encorajaram a realização de uma AFC nesse instrumento.

Os resultados da AFC sustentaram a hipótese da presença de três fatores para a escala de apoio social ao usuário hipertenso: fator 1 – apoio social emocional/informacional; fator 2 – apoio social afetivo/interação social positiva; fator 3 – apoio social material, conforme evidenciado pelos índices de ajuste do modelo, melhorados após o ajustamento do modelo (modelo final) como observado na tabela 4.4.

Tabela 4.4 - Índices de adequação dos modelos testados na Análise Fatorial Confirmatória

Índices	χ^2	χ^2 g.l.	RMR	RMSEA	AGFI	GFI	CFI	NFI	PCFI	PNFI	TLI
Modelo Inicial	143,262 df = 59 p < 0,001	2,31	0,11	0,08	0,83	0,88	0,92	0,88	0,73	0,70	0,91
Modelo Final	118,336 df = 59 p < 0,001	2,00	0,11	0,07	0,85	0,90	0,94	0,90	0,71	0,68	0,93

Fonte: Dados da pesquisa

Todos os fatores apresentaram validade discriminante satisfatória (Tabela 4.5), uma vez que a variância extraída (representada pelos valores dispostos na diagonal principal) foi superior à variância compartilhada dos construtos que representa o quadrado da correlação múltipla, R^2 .

Tabela 4.5 - Comparação entre a variância compartilhada e a variância extraída do modelo de mensuração dos construtos: Fator 1, Fator 2 e Fator 3

	Fator1	Fator2	Fator3
Fator1	0,574	-	-
Fator2	0,480	0,594	-
Fator3	0,260	0,340	0,570

Fonte: Dados da pesquisa

A partir do modelo final estabelecido, foram verificadas as medidas de mensuração do modelo, com base na validade convergente, que pode ser estimada entre medidas de itens, e na validade discriminante. O cálculo da confiabilidade do construto ou composta e da variância extraída para cada um dos fatores podem ser observados, conforme mostra a tabela 4.6.

Por sua vez, todas as cargas cruzadas são consideradas como sendo 0 (branco na tabela) e a estimativa padronizada observada para as 13 variáveis dos três fatores são fortes (>0,50) e significativas.

Tabela 4.6 - Estatísticas dos construtos: Fator1, Fator 2 e Fator 3 para a escala de apoio social ao usuário hipertenso em João Pessoa (amostra n = 171)

Validade convergente	Construtos	Est Ñpadr	S.E.	C.R. (t) ³	Est Padr	p- valor
Confiab. Composta ¹ = 0,889 Variância extraída ² = 0,574	O.7 <--- Fator1	1,000			0,683	
	O.17 <--- Fator1	0,998	0,123	8,114	0,695	***
	O.3 <--- Fator1	1,155	0,146	7,925	0,681	***
	O.12 <--- Fator1	1,249	0,142	8,774	0,759	***
	O.14 <--- Fator1	1,478	0,159	9,270	0,820	***
	O.15 <--- Fator1	1,595	0,178	8,962	0,883	***
Confiab. Composta ¹ = 0,891 Variância extraída ² = 0,594	O.16 <--- Fator2	1,000			0,684	
	O.9 <--- Fator2	0,664	0,092	7,185	0,641	***
	O.5 <--- Fator2	0,923	0,115	8,003	0,825	***
	O.18 <--- Fator2	1,060	0,116	9,097	0,871	***
Confiab. Composta ¹ = 0,792 Variância extraída ² = 0,570	O.1 <--- Fator3	1,000			0,544	
	O.11 <--- Fator3	1,613	0,239	6,760	0,764	***
	O.13 <--- Fator3	1,702	0,242	7,024	0,911	***

(1) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,70 - (HAIR et al., 2009)

(2) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,50 - (HAIR et al., 2009)

(3) valores t > 2,58, implica p-valor < 0,01. (teste t)

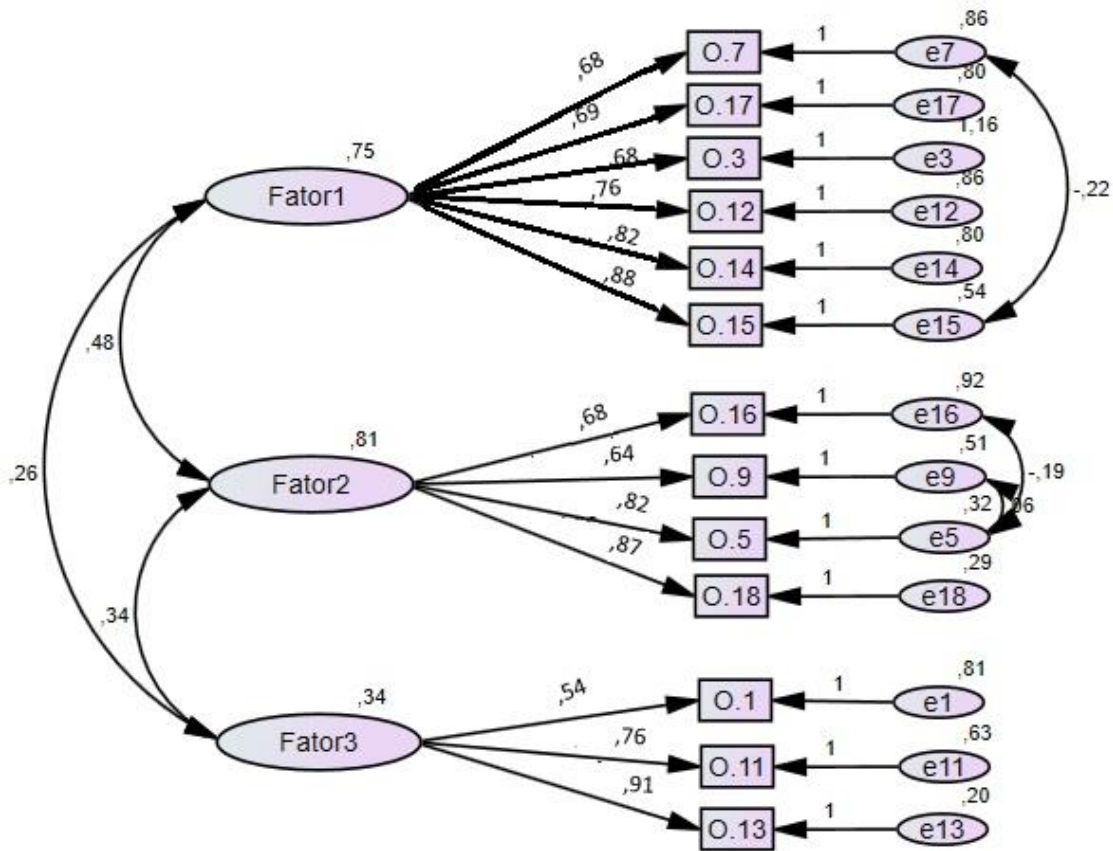
Fonte: Dados da Pesquisa

A variabilidade composta do estudo apresentou a existência de consistência interna e que segundo Hair et al. (2009), valores de confiabilidade composta de 0,7 ou mais, indicam que todas as medidas consistentemente representam o mesmo construto latente e no que diz respeito à variância extraída, valores de 0,5 ou mais sugerem uma convergência adequada.

Os parâmetros estimados no modelo final testado foram todos significativos e podem ser observados através da representação do diagrama de caminhos na figura 4.3. Foi possível confirmar que cada um dos itens selecionados estava significativamente relacionado com os seus fatores designados: O.3, O.7, O.12, O.14, O.15 e O.17 relacionados ao Fator 1; O.5, O.9, O.16 e O.18 relacionadas ao Fator 2; O.1, O.11 e O.13 ao Fator 3. Nesta figura são apresentados os coeficientes de regressão estimados para todos os componentes do modelo, bem como, as variâncias dos erros e da variável latente.

Todas as variâncias estimadas, tanto aquelas associadas aos erros da medida quanto aquela referente à variável latente, possui alta significância estatística. Além do que, a partir do modelo inicialmente proposto, observaram-se três correlações significativas entre os erros e7 e e15, e16 e e5, e9 e e5, sendo estabelecidas tais correlações para melhorar o ajustamento do modelo.

Figura 4.3 – Diagrama de caminhos - Resultado da análise confirmatória para o modelo final hipotetizado



Fonte: Elaboração própria

A versão final da escala de apoio social ao usuário hipertenso encontra-se na Quadro 4.3 abaixo. Na primeira parte intitulada: “Itens incluídos” e na segunda parte intitulada: “Itens excluídos”.

Os resultados sugerem uma escala de apoio social com menor número de itens, a fim de melhorar o ajuste do modelo, em três fatores. Segundo Mattos (2009), existe a necessidade de se pensar em uma escala de apoio social com menor número de itens, que possa aperfeiçoar a mensuração do apoio social e trazer novas conclusões às investigações de sua importância entre os determinantes de saúde e bem estar.

A escala de apoio social de usuários hipertensos aqui avaliados apresentou aplicabilidade, fidedignidade, validade satisfatória e uso fácil, recomendado para a sua utilização exclusivamente em hipertensos cadastrados na APS. A partir do modelo final validado dos hipertensos, obteve-se a versão final do instrumento e, portanto poderá ser utilizado em contextos de saúde com características similares às observadas para o município do estudo.

Quadro 4.3 – Escala de apoio social para hipertensos cadastrados na APS

Itens incluídos na validação do instrumento						
Dimensão: Apoio emocional/informação						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.3	para dar bons conselhos em situação de crise?					
O.7	para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
O.12	de quem você realmente quer conselhos?					
O.14	para compartilhar suas preocupações e medos íntimos?					
O.15	para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
O.17	que compreenda seus problemas?					
Dimensão: Apoio afetivo/interação social positiva						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.5	que demonstre amor e afeto por você?					
O.9	que lhe dê um abraço?					
O.16	com quem fazer coisas agradáveis?					
O.18	que você ame e que faça você se sentir querido?					
Dimensão: Apoio material						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.1	que o ajude, se ficar de cama?					
O.11	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las					
O.13	para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
Itens excluídos na validação do instrumento						
Dimensão: Apoio material						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.4	para levá-lo ao médico?					
Dimensão: Apoio emocional						
O.2	para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
O.8	em que confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
Dimensão: Apoio interação social positiva						
O.6	para se divertir junto?					
O.10	com quem relaxar?					
O.19	com quem distrair a cabeça?					

Fonte: Elaboração própria

4.4 CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DO ÍNDICE SINTÉTICO GLOBAL PARA HIPERTENSÃO

As dimensões e suas respectivas variáveis dos dois questionários tratados neste estudo apresentaram pesos diferentes, os quais foram calculados através da análise de componentes principais. As dimensões adesão/vínculo (0,372) e elenco dos serviços (0,358) do instrumento Satisfação com a APS e a dimensão apoio emocional/informacional (0,490) do instrumento apoio social apresentaram as maiores ponderações, como observado na tabela 4.7. A média dos pesos dos itens foi próxima da mediana dos pesos apontando uma distribuição uniforme e com uma dispersão interna dos pesos menor, confirmando a homogeneidade dos pesos dos itens.

Estes resultados permitem posicionar individualmente os instrumentos com respeito às suas dimensões e consequentemente com aquelas que possuem uma magnitude de impacto no instrumento, segundo cada dimensão separadamente.

As condições crônicas de doenças, como a hipertensão arterial, implica o desenvolvimento de cuidados em saúde por grupos que detêm conhecimentos distintos, a partir de sua construção sociocultural. Vale destacar que a avaliação da satisfação do usuário hipertenso com a APS, constitui-se em um componente da aceitabilidade social e esta aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população e de sua rede de apoio social, interligando com a percepção do tipo de apoio social prestado por essa rede.

A técnica de componentes principais procurou identificar dimensões latentes, ou seja, não observáveis diretamente. Este tipo de análise foi utilizada para a obtenção da estrutura de ponderação dos componentes dos indicadores e o indicador final não corresponde ao escore fatorial, mas é fortemente correlacionado com o mesmo, com uma correlação de Pearson próxima de 1.

As ponderações das variáveis de cada instrumento (satisfação e apoio social) influenciam na geração do índice onde, geralmente, uma vez que é atribuído mais peso aos indicadores com maior contribuição ou importância (MIKULIC et al., 2015). As ponderações elevadas são imputadas aos dados com significância estatística e com largo espectro de resposta (OECD, 2008).

O processo de ponderação é complexo e enfatiza a contribuição de alguns aspectos dentro de um conjunto de dados na geração de um resultado, atribuindo-lhes mais ou menos peso na análise observada (SINGH et al., 2012).

Tabela 4.7 – Pesos associados a cada uma das variáveis das dimensões dos instrumentos de Satisfação e Apoio social dos hipertensos de João Pessoa

Instrumento	Dimensão	Variável	Pesos	Peso por dimensão	Peso total por instrumento
Satisfação	Adesão/vínculo (D)	D.1	0,031	0,372	1
		D.2	0,030		
		D.3	0,032		
		D.4	0,040		
		D.5	0,047		
		D.6	0,049		
		D.7	0,044		
		D.8	0,028		
		D.9	0,024		
		D.10	0,047		
	Elenco dos serviços (E)	E.1	0,044	0,358	
		E.2	0,046		
		E.3	0,047		
		E.4	0,031		
		E.5	0,034		
		E.6	0,022		
		E.7	0,009		
		E.8	0,026		
		E.9	0,028		
		E.10	0,040		
Enfoque na família (G)	G.1	0,045	0,144		
	G.2	0,048			
	G.3	0,051			
Orientação para comunidade (H)	H.1	0,044	0,126		
	H.2	0,032			
	H.3	0,050			
Apoio social	Material (O)	O.1	0,065	0,211	
		O.11	0,067		
		O.13	0,079		
	Afetivo/Interação Social (P)	P.5	0,077	0,299	
		P.9	0,069		
		P.16	0,067		
		P.18	0,085		
		M.3	0,075		
		M.7	0,078		
		M.12	0,081		
	Emocional/Informacional (M)	M.14	0,086	0,490	
		M.15	0,087		
		M.17	0,083		

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4.7 apresentou-se o Índice Composto (IC) para as dimensões dos instrumentos de satisfação (IC_{sati}) e do instrumento do apoio social (IC_{apoio}) para os distritos

sanitários no município de João Pessoa para toda as dimensões escolhidas dos instrumentos. Pode-se observar que as dimensões relativas ao apoio social tiveram um escore relativamente alto quando comparadas aos escores de satisfação com APS, cujas dimensões “Apoio Afetivo/interação social positiva e apoio emocional/informacional” relacionadas ao apoio social, e a dimensão Adesão/Vínculo no que diz respeito à satisfação com APS, apresentaram maiores escores para os índices compostos. Já nas dimensões “Orientação para a Comunidade” e “Enfoque na Família”, todos os índices compostos apresentaram valores mais baixos em comparação com os demais. Os itens abordam a integração dos serviços de saúde com Igrejas, associações de bairros, escolas e sociedade civil organizada e se refere à importância dos profissionais da unidade e sobre conhecer as pessoas que moram com o usuário.

Tabela 4.8 – Índice composto por instrumento e dimensão segundo distrito sanitário de saúde de João Pessoa-PB, 2016

INSTRUMENTO	DIMENSÃO	DISTRITOS SANITÁRIOS				
		I	II	III	IV	V
APOIO SOCIAL	Material	0,17	0,17	0,17	0,18	0,18
	Afetivo/Interação Social positiva	0,26	0,29	0,28	0,28	0,30
	Emocional/Informacional	0,31	0,35	0,34	0,35	0,39
	Adesão/Vínculo	0,22	0,23	0,23	0,23	0,24
SATISFAÇÃO	Elenco De Serviços	0,21	0,22	0,20	0,22	0,22
	Enfoque Na Família	0,06	0,07	0,06	0,06	0,07
	Orientação Para Comunidade	0,04	0,05	0,04	0,05	0,06

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao apoio social, foram encontrados escores de apoio médios a elevados. Nos tipos de apoio oferecidos, o foco é direcionado tanto para as demandas originadas pela hipertensão arterial quanto para outros tipos de demandas que fazem parte do cotidiano dessas pessoas e que podem estar ou não relacionado à condição de cronicidade da doença (TAVARES, 2010).

Um estudo realizado em Valência, na Espanha (MELÉNDEZ-MORAL; TOMÁS-MIGUEL; NAVARRO-PARDO, 2007), apontou em seus resultados diferenças estatisticamente significativas entre apoio psicológico e instrumental, tanto em relação à idade, quanto ao sexo. Os autores concluíram que quanto à idade os parceiros são a principal figura para dar apoio as pessoas entre 65 e 75 anos, enquanto os filhos e filhas se tornam mais importantes de acordo como o aumento da idade dos idosos. Já em relação ao sexo, os homens recebem mais apoio de suas parceiras e as mulheres tendem a priorizar crianças como fornecedores de apoio.

Já em relação ao tipo de apoio mais frequente oferecido pelas redes de apoio, Robles e colaboradores (2000) evidenciaram em seu estudo que o apoio emocional foi mais percebido entre os usuários de sua amostra. Fato este que diverge do presente estudo ao evidenciar o apoio material e afetivo como mais frequentes.

Pinto et al. (2006) encontraram escores de interação social mais baixo e observaram ainda que os homens e indivíduos com maior escolaridade tinham maior oportunidade de desfrutar de atividades sociais de entretenimento. Contraria a este resultado o que foi encontrado que uma vez que os escores mais baixos foram atribuídos ao apoio informacional e elevado números de usuários com baixa escolaridade.

Péres et al. (2003), ao questionarem as pessoas com hipertensão quanto aos aspectos que dificultam o controle da pressão, obtiveram como resultados que, na percepção das pessoas, eles estão ligados principalmente aos aspectos emocionais, seguido de hábitos alimentares, superando as demais respostas como causas, tais como herança genética e obesidade, dentre outros.

Para Starfield (2002), o Enfoque na Família pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, devendo a avaliação das necessidades de saúde considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem.

O apoio social influencia nas ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde contribuindo para um cuidado mais ampliado e resolutivo. Este fato pode ser evidenciado no estudo de caso-controle realizado por Silva (2004) onde se investigou que o maior nível de apoio social durante a gravidez seria um fator de proteção para pré-eclâmpsia.

Já Andrade et al. (2005) encontraram que a prática de realização do auto-exame das mamas foi duas vezes mais elevadas entre aquelas mulheres com tercil superior dos escores de cada dimensão de apoio social e mais recentemente, Gaede e colaboradores (2006), observaram um maior uso de preservativos e utilização de medicamentos em mulheres sul-africanas com HIV e bom nível de apoio social.

Segundo Costa e Nogueira (2008) a rede de apoio social tem a função de incentivar atitudes pessoais que se associam no monitoramento da saúde, como o compartilhamento de informações, cuidados com a saúde em geral e o auxílio em momentos de crise.

A Tabela 4.9 mostra os índices compostos dos instrumentos e o Índice Sintético Global (ISG) por distrito sanitário do município de João Pessoa. Os índices revelam que o distrito Sanitário V apresentou os melhores índices compostos. Os índices relativos ao apoio social foram mais altos quando comparados aos índices compostos relativos a satisfação em todos os distritos sanitários.

Tabela 4.9 – Índice composto por instrumento segundo distrito sanitário de saúde de João Pessoa-PB, 2016

DISTRITO SANITÁRIO	SATISFAÇÃO	ÍNDICE	
		APOIO	ISG
I	0,54	0,74	0,64
II	0,57	0,81	0,69
III	0,54	0,80	0,67
IV	0,57	0,82	0,69
V	0,60	0,89	0,74

Fonte: Dados da pesquisa

Quando inserida a variável apoio social o índice sintético global melhorou consideravelmente, evidenciando que o DSV teve o maior ISG. Este apoio potencializa a assistência e reforça o tratamento que está sendo destinado aos usuários hipertensos cadastrados na APS no município de João Pessoa.

Quando sintetizadas as dimensões no ISG observa-se na tabela 4.10 que o distrito sanitário V foi o distrito sanitário classificado com alto ISG (65%) e o distrito sanitário III e I apresentou o ISG mais baixo (45%) dentre os demais distritos sanitários, entendendo que as dimensões do apoio social influenciam positivamente no índice final, o contrário em relação as dimensões de satisfação com a APS.

Tabela 4.10 – Classificação do Índice Sintético Global por distrito sanitário de saúde de João Pessoa-PB, 2016

Distrito Sanitário	Baixo		Médio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
I	20	45	9	20	15	35
II	13	42	7	22	11	36
III	25	45	11	20	20	35
IV	9	41	3	13	10	46
V	4	21	2	11	13	65

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se um maior ISG nos distritos sanitários localizados nas regiões litoral, oeste, central do município (Figura 2.1), correspondendo aos distritos sanitários II, IV e V e o menor índice distribuído na periferia da cidade e região sul, correspondendo ao distrito sanitário I e III.

Reforçando os resultados encontrados relativos aos melhores escores dos índices sintéticos entres os distritos sanitários de saúde, Araújo (2011) ressalta que os profissionais dos distritos sanitários II e III são mais orientados para a abordagem à família e à comunidade

e estabelecem uma melhor relação com os usuários, fato este que pode ser observado pelos escores de apoio afetivo/interação social positiva encontrado em ambos os distritos.

Os distritos sanitários IV e V apresentaram índices compostos com valores altos e este fato pode estar caracterizados por estarem situados em regiões constituídos de bairros nobres, com sua maioria dispondo de planos de saúde. Belon-Saameño e colaboradores (1996) encontraram resultados semelhantes e sugeriram que os indivíduos de nível sócio-econômico mais elevado sentem-se possivelmente mais independentes e auto-suficientes em sua vida social, percebendo-se, por isso, mais apoiados em situações de necessidade.

O distrito sanitário I e III apresentaram ISG baixo e representam territórios de bairros na periferia da cidade e da zona sul, com usuários 100% SUS dependentes. Pode-se deprender, deste fato, que estes distritos atendem uma demanda maior em sua área de abrangência, com uma baixa cobertura da assistência da ESF, dificultando o acompanhamento de hipertensos cadastrados na região pelos profissionais de saúde destes distritos sanitários.

Na tabela 4.11 encontram-se os p-valores do teste U de Mann-Whitney entre os distritos sanitários de saúde. Observa-se que no cruzamento entre os distritos sanitários de saúde houve diferença significativa da média dos índices sintéticos globais entre o distrito sanitário V e os distritos sanitários II, III e IV, enfatizando o contraste entre ele.

Tabela 4.11 – Teste de Mann Whitney para Índice Sintético Global segundo os distritos sanitários de saúde do município de João Pessoa, 2016

Comparações entre os Distritos Sanitários	ISG
	p-valor
I – II	0,247
I – III	0,195
I – IV	0,100
I – V	0,080
II – III	0,900
II – V	0,563
II – V	0,001*
III – V	0,501
III – V	0,001*
IV – V	0,003*

*Nível Significativo, $p < 0,05$.

Fonte: Dados da pesquisa

A aplicação do ISG permite que os profissionais de saúde avaliem suas ações no cuidado integral aos usuários hipertensos possibilitando a ampliação da compreensão do processo saúde-doença, convergindo com a clínica ampliada preconizada pela Humanização

da Atenção em Saúde do Ministério da Saúde e vislumbrando uma relação para além da formalidade do cuidado clínico assistencial.

A realização da análise de comparação entre os distritos sanitários mostrou a partir do teste Teste de Mann Whitney que houve evidências que os valores médios de ISG não foram iguais entre os distritos sanitários de saúde investigados ao nível de 5% de significância, conforme apresentado na Tabela 4.11. Este fato implica reconhecer que as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social diferenciado entre os territórios, que deve ser conhecido e levado em consideração, direcionando para a reorganização da saúde na esfera pública.

A hipertensão arterial, assim como outras condições crônicas, requer uma rede ampla e ativa e que ofereçam tipos de apoio social bem como uma maior satisfação com os serviços oferecidos pela APS, tornando uma forma de ajudar aos usuários a controlar a HA, apoiando e conduzindo no tratamento da doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a discussão dos dados referentes à hipertensão arterial a partir de duas bases investigadas, contidas no HIPERDIA e do formato CDS do e-SUS. As dificuldades no cruzamento de dados e informações dessas duas bases de dados demonstram as distorções existentes a respeito de dados que deveriam estar em consonância. O empoderamento na utilização dos sistemas de informação por profissionais de saúde faz-se necessário pela facilidade que esse tipo de instrumento gera na visualização do quadro de saúde de populações específicas, como é o caso das pessoas que vivem com HAS. Assim, uma das contribuições deste estudo está em mostrar a necessidade de se pensar novas possibilidades na geração da informação em saúde dos hipertensos no Brasil.

A escala de apoio social de usuários hipertensos aqui avaliados apresentou aplicabilidade, fidedignidade, validade satisfatória e uso fácil recomendado para a sua utilização em hipertensos cadastrados na APS. A partir do modelo final validado, obteve-se a versão final do instrumento e, portanto poderá ser utilizado em contextos de saúde com características da população-alvo similares às observadas para o município do estudo.

O Índice Sintético Global construído se apresentou como um instrumento de utilização prático, útil e efetivo, uma vez que se disponha das pesquisas de avaliação como proposto no modelo de Paes et al. (2014) e o proposto nesta tese para o apoio social. É nesse sentido, que se apresenta a contribuição e o ineditismo deste trabalho. O uso do ISG é um agregado desses dois modelos. No entanto, cada um pode ser aplicado independente do outro, o que permite priorizar apenas um deles, a depender da necessidade dos gestores.

Os gestores e profissionais de saúde por meio da contribuição do ISG poderão ter subsídios no processo de tomada de decisão, além da efetivação de melhores práticas na atenção e cuidado com os usuários hipertensos. O ISG poder ser aplicado em qualquer unidade de saúde buscando avaliar as ações na APS ao cuidado ao hipertenso.

Na aplicação do ISG verificou-se que os índices relativos à satisfação do usuário hipertenso com APS precisam ser melhorados e que medidas principalmente nas dimensões enfoque na família e orientação para a comunidade devem ser tomadas. Os índices compostos inerentes ao apoio social foram mais elevados na coorte de hipertenso de 2016 de João Pessoa e devem ser considerados como indicadores importantes para o cuidado integral ao usuário hipertenso e que influenciam positivamente na medida do ISG.

O ISG apresentou em sua maioria valores de regular a alto e significa que os serviços devem estar atentos para o fato de que o tratamento da hipertensão não se restringe apenas ao

tratamento medicamentoso, mas a mudança de comportamentos apoiados por uma rede social estruturada e um maior nível de satisfação com a APS. Disso decorre a necessidade de uma abordagem específica da equipe de saúde da família, envolvendo a rede de apoio como um todo, visando à melhoria da assistência aos usuários portadores de HAS.

Este estudo aponta como limitação a escassez de literatura que discuta e reflita sobre a produção, fluxo e análise dos dados do e-SUS, além de analisar as relações existentes entre satisfação com APS e Apoio social do usuário hipertensos. Ademais, chama-se a atenção para o lapso temporal entre as análises das ondas da pesquisa (2011-2016) e a grande quantidade de perdas no seguimento da coorte possa ter levado a eventuais retrinções das análises estatísticas, mas deve-se ressaltar a importância desse estudo uma vez que representa a primeira coorte ativa de hipertensos no estado da Paraíba.

Como extensão dessa tese como novas pesquisas, e retomada da coorte, a aplicação do ISG proposto, para que se possa melhor avaliar os aspectos aqui estudados, no sentido de analisá-los enquanto ferramentas de processo de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações em saúde, dos profissionais e de cuidado ao usuário hipertenso.

Durante o período de desenvolvimento da tese e de doutoramento foram apresentados alguns trabalhos em eventos locais, nacionais e internacionais bem como a elaboração de artigos científicos a partir da construção da tese e que foram aceitos ou aguardam parecer dos revisores dos periódicos nos quais foram submetidos. Sendo eles:

- **MORAIS, J. D.; SILVA, C. C. M.; PAES, N. A.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; POLETO, C. M.** Comparação entre dois sistemas de informação em saúde sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS): considerações sobre uma experiência aceita na Revista Brasileira de Ciências da Saúde, aceito, aguardando publicação em edição.
- **MORAIS, J. D.; PAES, N. A.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; POLETO, C. M.** Validação de uma escala de apoio social em hipertensos cadastrados na Atenção Primária a Saúde submetido a revista Latino Americana de Enfermagem em 03 de setembro de 2018, aguardando parecer dos revisores.
- **MORAIS, J. D.; PAES, N. A.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; POLETO, C. M.** Validação de uma escala de apoio social em hipertensos cadastrados na Atenção Primária a Saúde apresentado no III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, Campina Grande.
- **MORAIS, J. D.; PAES, N. A.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; POLETO, C. M.** O apoio social e a satisfação de hipertensos com a Atenção Primária a Saúde: construção de um

indicador sintético submetido a revista Saúde e Debate em outubro de 2018, aguardando parecer dos revisores.

- **MORAIS, J. D.**; PAES, N. A.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Aplicação do índice de satisfação e apoio social dos hipertensos cadastrados na atenção primária à saúde no município de João Pessoa-PB. Congresso Internacional de Saúde e Meio Ambiente, João Pessoa, 2018. (Capítulo de Livro).

- SILVA, C. C. M.; **MORAIS, J. D.**; PAES, N. A.; OLIVEIRA, T. L. L.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Análise das características da perda de seguimento em uma coorte de hipertensos na Atenção Básica submetido a Revista de Saúde Pública em 19 de fevereiro de 2018, aguardando parecer dos revisores.

- DUARTE, P. H. M.; MÉLO, T. M.; PEREIRA, H. C. B. PINHEIRO, Y. T.; SILVA, R. M. C.; PAES, N. A.; **MORAIS, J. D.** Hipertensão arterial sistêmica na velhice: um estudo do perfil sociodemográfico. Arch Health Invest, v. 6, n. 10, p. 473-476, 2017.

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev. Mineira de Saúde Pública**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2002.
- ALMEIDA, C; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível Local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ALVAREZ, T. S.; ZANELLA, M. A. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. **Rev Nutr Campinas**, v.22, n. 1, p. 71-79, 2009.
- ALVES, F. G.; NAKASHIMA, L. M. A.; KLEIN, G. F. S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em docentes do curso de enfermagem de uma universidade privada da cidade de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 42, p. 179-182, 2010.
- ANDRADE, F. A. Comparativo dos níveis pressóricos sistêmicos e Associação dos fatores de risco entre hipertensos Segundo os critérios de acompanhamento em unidades de saúde da família do município de João Pessoa-PB. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2011.
- ANDRADE, S. S. A.; STOPA, S. R.; BRITO, A. S.; CHUERI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.; BARRETO, M. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**, v.99, p. 87-93, 2008.
- ARAÚJO, J. S. S. Contribuição da família e da comunidade na assistência à mulher hipertensa na estratégia saúde da família: a perspectiva da usuária. Dissertação de Mestrado. João Pessoa: Universidade federal da Paraíba, 2011.
- ARAÚJO, Iara Medeiros de. Influência das medidas antropométricas sobre a pressão arterial sistêmica de hipertensos cadastrados nas unidades de saúde da família no município de João Pessoa - PB. 2014. 107f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- ARAÚJO, I.M; PAES, N.A. Fatores de risco para hipertensão arterial em um estudo de coorte de hipertensos. **Revista Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 43-44, 2015.
- ARIMA, H.; MURAKAMI, Y.; LAM, T. H.; KIM, H. C.; UESHIMA, H.; WOO, J.; et al. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Effects of prehypertension and hypertension subtype on cardiovascular disease in the Asia-Pacific Region. **Hypertension**, v. 59, n. 6, p. 1118-23, 2012.

AVLUND, K.; DAMSGAARD, M. T.; HOLSTEIN, B. E. Social relations and mortality in eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. **Soc Sci Med**, v. 47, p. 635-43, 1998.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. **Int J Qual Health Care**, v. 13, p. 317-23, 2001.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; CARDOSO, A. R. A.; LIMA-COSTA, M. F. Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade. Projeto Bambuí. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.81, p. 549-55, 2003.

BARROS, A. C. M.; ROCHA, M. B.; HELENA, E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008.

BEEHR, T.A., NAIR, V.N., GUDANOWSKI, D.M. & SUCH, M. (2004). Perceptions of reasons for promotion of self and others. **Human Relations**, v. 57, p. 413 – 438, 2004.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 4, p. 550-5, 2014.

BEZERRA FILHO, J. G.; KERR, L. R. F. S.; MINÁ, D. L.; BARRETO, M. L. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará/Brasil, no período 2000-2002. **Cad Saúde Pública**, v. 23, p. 1173-85, 2007.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H. & GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **Jama**, v. 288, n. 14, p. 1775-1779, 2002.

BOUTIN-FOSTER, C. Spite of good intentions: Patients perspectives on problematic social support interactions. Health qual. Life outcomes. , **London**, v.52, n.3, p.1-7, 2005.
Disponível em:< www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-3-52.pdf.> Acesso em: Acesso em 21/09/2016.

BASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2001.

BLOCH, K.V.; RODRIGUES, C.S.; FIZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para a hipertensão arterial. **Rev Bras de Hipertensão**, v.13, p. 134-143, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de agentes Comunitários de Saúde. Manual do agente comunitário de saúde. Brasília; 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Rev Saúde Púb. v. 35, n. 6, p. 585-8, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual introdutório das equipes de saúde da família. Salvador: Pólo de capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família; 2001.b [v. 2]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 371/GM de 4 de março de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. Brasília: Diário Oficial da União de 6 de março de 2002, Seção 1, página 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 112, de 19 de junho de 2002. Dispõe sobre o fluxo de alimentação da base nacional do Hipertensão. Brasília (DF): MS; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Primária em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação Técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília – DF: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, 2010b. p. 150.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. **Portaria/GM/MS 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 1412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União 11 jul 2013b; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico]. Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRIASOULIS, A.; AGARWAL, V.; MESSERLI, F. H. Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Hypertens**, v. 14, n. 11, p. 792-6, 2012.

BROUGH, P.; PEARS, J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. **International Journal of Organisational Behaviour**, v. 8, p. 472-485, 2004.

BUBACH, S.; OLIVEIRA, E. R. A. Associação entre o controle da pressão arterial e o estado nutricional em hipertensos. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 415-9, 2011.

BUCHMEIER, J. S. M. Influência do programa bolsa família e renda no controle da pressão arterial de hipertensos atendidos na atenção primária à saúde. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2014.

CAVALARI, E. et al. Fatores relacionados aos níveis pressóricos de indivíduos hipertensos em seguimento ambulatorial. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 3, 2012.

CASTRO, M. E. de; ROLIM, M. O.; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 184-189, June. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>>. Acesso em: 26 de junho de 2016.

CASTRO, H. C. O; MACHADO, L. Z.; WALTER, M. I. M. T.; RANINCHESKI, S. M.; SCHMIDT, B. V.; MARINHO, D. N. C.; CAMPOS, T. M. A. C. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.14, n.2, p. 113-34, jul./dez. 2008.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; FERREIRA, Marina Nagata; SILVA, Poliana Cavalcante. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 1, n. 2, p. 290-299, 2011.

CHAVES, S. S. S., FONSECA, P. N. (2006). Trabalho docente: Que aspectos sociodemográficos e ocupacionais predizem o bem-estar subjetivo? **Rev. Psico**, 37, 75 &— 81 Porto Alegre, PUCRS, .

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev APS**, v.11, n. 1, p.10-6, 2008.

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo-piloto. **Cad Saúde Pública**, v. 17, p. 887-96, 2001.

CHOR, D.; RIBEIRO, A. L.; CARVALHO, M. S.; DUNCAN, B. B.; LOTUFO, P. A.; NOBRE, A. A.; et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**, v.10, n. 6, 2015.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 4, p. 519-526, 2009.

COLUCI, M. Z. O; ALEXANDRE, N. M. C; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A. avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORBO, A. D. A; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

COSTA, A.G. E LUDERMIR, A.B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Púb.**, v. 21, p. 73- 79.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 5, 2008.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p. 725-737, abr. 2010.

DANTAS, R. C. O. A saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2013.

DiMATTEO, M. R. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care**, v. 42, n. 3, p. 200-9, 2004.

EFRON, B.; TIBSHIRANI RJ. *An Introduction to the Bootstrap*. New York: Chapman & Hall; 1993.

EGAN, B. M.; STEVENS-FABRY, S. Prehypertension-prevalence, health risks, and management strategies. **Nat Rev Cardiol**. v. 12, n. 5, p. 289-300, 2015.

ESCOREL, L. S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários : considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267- 1276, 2006.

FARIAS, D. A. A. de. Controle da pressão arterial em hipertensos acompanhados no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2014.

FAUSTO, M C R; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FACCHINI, L.; PICCINI, R.; TOMASI, E.; SILVEIRA, E.; SIQUEIRA, F.; RODRIGUES, M. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-81, 2006.

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicol Am Lat* [Internet]. 2008 [citado 2010 Nov 14];15:1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_12.pdf.

FRATIGLIONE, L.; WANG, H. X.; ERICSSON, K.; MAYTAN, M.; WINBLAD, B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. **Lancet**, v. 335, p. 1315-9, 2000.

FROTA, N. M. et al. Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento. **Rev. Rene.**, v. 14, n. 4, p. 730-9, 2013.

FUKUHARA, M.; ARIMA, H.; NINOMIYA, T.; NATA, J.; YONEMOTO, K.; DOI, Y.; et al. Impact of lower range of prehypertension on cardiovascular events in a general population: the Hisayama Study. **J Hypertens**, v. 30, n. 5, p. 893-900, 2012.

GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the Family health scenario. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.4, p.617-625, oct./dec. 2007.

GALLANT, M. P. The influence of social support on chronic illness self management: a review and directions for research. **Health Educ Behaviour**, v. 30, n. 2p. 170-195, 2003.

GIROTTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A.; MATSUMO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Bras. Hipertens.*, Alagoas, vol. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GORDIS, L. Uso da epidemiologia para avaliação de serviços de saúde. In: GORDIS, L. *Epidemiologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. cap. 17.

GÖTTEMS, L. B. D., PIRES, M. R. G. M. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc**. São Paulo, n. 18, v.2, p. 189-198, 2009.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p.1849-1861, 2011.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2009.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, n. 4, p. 355-361, 2013.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 625-34, 2003a.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 37, p. 379-85, 2003b.

GRIEP, R. H. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003c.

GRONDAHL, V. A.; HALL-LORD, M. L.; KARLSSON, I.; APPELGREN, J.; WILDELARSSON, B. Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n.1, p. 37- 54, 2013.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HAIR, J. R. et al. Análise Multivariada de dados. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARTMANN, M.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; PATTUSSI, M. P.; TRAMONTINI, A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1857-1866, 2007.

HE, F. J.; MACGREGOR, G. A. Reducing population salt intake worldwide: from evidence to implementation. **Prog Cardiovasc Dis**, v. 52, n. 2, p. 363-82, 2010.

JOHANSSON, P.; OLÉNI, M.; FRIDLUND, B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. **Scand J Caring Sci**, v. 16, p. 337-44, 2002.

JORGE, M. S. B, et al. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 31, n.2, p.256-266, 2007.

KAWACHI, I.; COLDITZ, G.; ASCHERIO, A.; RIMM, E. B.; GIOVANNUCCI, E.; STAMPFER, M. J.; et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. **J Epidemiol Community Health**, v. 50, p. 245-51, 1996.

LAAKSON, D. D.; NISKANEN, L.; NYSSONEN, K.; LAKKA, T. A.; LAUKKANEN, J.; SALONEN, J.T. Dyslipidemia as a predictor of hypertension in middle-aged men. **European Heart Journal**, v. 29, p. 2561–68, 2008.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEÃO E SILVA, L. O.; DIAS, C. A.; SOARES, M. M.; RODRIGUES, S. M. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.*, v.16, n.4, p.654-660, out./dez. 2011.

LESSA, I.; ARAÚJO, M. J.; MAGALHÃES, L.; ALMEIDA FILHO, N.; AQUINO, E.; COSTA, M. C. R. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), **Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública**, v.16,n.2, p.131–7, 2004.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**. 2002;360(9349):1903-13. Erratum in: *Lancet*. 2003;361(9362):1060.

LIM, S. S.; VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; DANAEI, G.; SHIBUYA, K.; ADAIR-ROHANI H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. v.628, n.9867, p. 2224-60, 2013.

LIMA, V. V. Influência da satisfação no controle da pressão arterial sistêmica na atenção primária: análise com modelagem de equações estruturais e indicadores compostos. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2013.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.

KLIN, R. B. Principles and Practice of **Structural Equation Modeling**. Second Edition. The Guilford Press. New York, 2005.

MACHADO, J. C. et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016.

MACIEL, K. F.; ULBRICH, E. M.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F.; MAZZA, V. A. A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. **Cienc. cuid. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 437-3, 2011.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, M. Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, p. 13-9, 2006.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health policy and planning**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 167-77, maio 2007.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHIO, T. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. **J Ambul Care Manage**, v. 32, p. 150-71, 2009.

- MAHMUD, W. M. R. W.; AWANG, A.; MOHAMED, M. N. Psychometric evaluation of the medical outcome study (MOS) social support survey among Malay postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences* [internet]. 2004 jul [cited 2018 Jan 24]; 11(2): 26-33. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.566.6840&rep=rep1&type=pdf>.
- MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p.1383-1388, 2011.
- MALHOTRA, N. K. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. Bookman Editora, 3ª edição. São Paulo: 2001. 720 p.
- MARÔCO, J. Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda, 2010.
- MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.
- MATTOS, A. Validade dimensional da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2009
- MEIRELLES, B.H.S. **Redes Sociais em Saúde: Desafios para uma nova prática em enfermagem**. Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.
- MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2006.
- MELÉNDEZ-MORAL, J. C.; TOMÁS-MIGUEL, J. M.; NAVARRO-PARDO, E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de La entrevista Mannheim. **Salud pública de México**, v. 49, n. 6, p. 408-414, nov./dez. 2007.
- MELO, E. C. A. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina Grande/PB. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2011.
- MIKULIC, J.; KOŽIĆ, I., KREŠIĆ, D. Weighting indicators of tourism sustainability: a critical note. *Ecological Indicators*, v. 48, p. 312-314, 2015.
- MOIMAZ, S. A. S.; MARQUES, J. A. M.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; ZINA, L. G.; SALIBA, N. A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n. 4, p. 1419-1440, Rio de Janeiro, 2010.
- MOORE, D.; CASTILLO, E.; RICHARDSON, C.; REID, R. Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-98. **Int J Health Plann Manage**, v. 18, p. 279-92, 2003.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Informe epidemiológico do SUS*. v. 10, n.1, p. 49-56, 2001.

MOREIRA, L. B.; FUCHS, S. C.; WIEHE, M.; GUS, M.; MORAES, R. S.; FUCHS, F. D. Incidence of hypertension in Porto Alegre, Brazil: a population-based study. **J Hum Hypertens**, v.22, n. 1, p. 48-50, 2008.

MOREIRA, Raquel de Negreiros. Qualificação e imputação de dados sobre satisfação de hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2012.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. S.; ALMEIDA, F. N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 505-521.

MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2263-2274, 2013.

NASCIMENTO, D. D. G., OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 1, v. 34, p. 92-96, 2010.

NEVES, E. B. Prevalência de sobrepeso e obesidade em militares do exército brasileiro: associação com a hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1661-1668, Oct. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/29.pdf>>. Acesso em: 17 de jan de 2016.

NUNES, L. N. Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde. Tese de doutorado em medicina: Epidemiologia. Faculdade de medicina. Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Handbook on Constructing Composite Indicators: methodology and user guide. OECD. 2008.

PAES, N. A. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com os fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil. Projeto CNPq. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008. Tema: G. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, 2008.

PAES, N. A. Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal. Projeto CNPq. Edital MCT/CNPq N.º 67/2009, 2009a.

PAES, N. A. Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal. Projeto FAPESC. Edital FAPESC N.º 02/2009, 2009b.

PAES, N. A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 36, n. 2, p. 87-93, Aug. 2014.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635–642, out. 2003.

PEREIRA, M.; LUNET, N.; AZEVEDO, A.; BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**, v. 27, n. 5, p. 963-975, 2009.

PICON, R. V.; FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; RIEGEL, G.; FUCHS, S. C. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with metaanalysis. **PLOS One**, v. 7, n. 10, 2012.

PIERIN, A. M. G.; MARRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;16(1):1389-400.

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006.

PRIMI, R. Psicometria: fundamentos matemáticos da teoria clássica dos testes. Avaliação Psicológica, Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica. UFRGS, v. 11, n. 2, p. 297-307, 2012.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2009.

RIBEIRO, A. G.; RIBEIRO, S. M. R.; DIAS, C. M. G. C. Non pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, v. 11, p. 637, 2011.

RIGHETTI, S. Corte na área científica deve afetar até bônus de produtividade docente - 24/10/2016 - Ciência - Folha de S.Paulo [Internet]. Folha de São Paulo. 2016 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2016/10/1825545-corte-na-area-cientifica-deve-afetar-ate-bonus-de-produtividade-docente.shtml>.

ROBLES, L. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 557-560, abr./jun. 2000.

RODRIGUES, M. A.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.

ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C. N. S.; FRANÇA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card**, v. 93, n. 6, p.672-678, 2009.

RUFINO, D. B. R.; DRUMMOND R. A. T.; MORAES, W. L. D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **J. Health Sci Inst.**, v. 30, n. 4, p. 336-42, 2012.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-98, 2010.

SANTOS, Z. M. de S. A. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 24, n. 4, p. 285-286, 2011.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**. V. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010.

SAWAYA, A. L. Políticas públicas: Pontos de método e experiências. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 131-147, 2006.

SBHA; SBC; SBN. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol**. n. 3, v. 107, supl 3, p. 1-83, 2016.

SBC, SBH, SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, supl.1, p 1-51, 2010.

SCALA, L. C.; BRAGA, F. D. JR.; CASSANELLI, T.; BORGES, L. M.; WEISSHEIMER, F. L. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**. 2015;105 (3 supl 1):20.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**, v. 38, p. 705-14, 1991.

SILVA, C. S. Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2011.

SILVA, C. C. M. O Trabalhador Hipertenso na Atenção Primária: acompanhamento e controle da Pressão Arterial. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2015.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface comun. saúde educ**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

SIMÃO, M.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C. B.; CESARINO, E. J.; NOGUEIRA, M. S. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. **Rev Latinoam Enferm**, v. 16, n.4, p. 672-8, 2008.

SINGH, R. K.; MURTY, H. R.; GUPTA, S. K.; DIKSHIT, A. K. Development of composite sustainability performance index for steel industry. *Ecological Indicators*, v. 7, n. 3, p. 565-588, 2007.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, p. 457-502, 2005.

TANAKA, Y.O.; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e adoção de abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópoles: VOZES, 2004. p.121-136.

TAVARES, R. S. Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com Hipertensão arterial de uma comunidade na Amazônia 2010.301f. Tese (Doutorado em enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

TILLTSON, T. M.; SMITH, M. S. Lomis of control, social support and adherence to the diabetes regimen. **Diabetes. Educ**, v. 22, n. 2, p.133-139, 1996.

TOBE, S. W.; MOY, L. U. M.; KWONG, M.; VON SYCHOWSKI, S.; KANDUKUR, K.; KISS, A.; FLINTOFT, V. Hypertension management initiative prospective cohort study: comparison between immediate and delayed intervention groups. **J Hum Hypertens**, v. 28, n. 1, p. 44-50, 2014.

TRAD, L. A. B.; TAVARES, J. S. C.; SOARES, C. S.; RIPARDO, R. C. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

TURRIS, A. S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J. Adv. Nurs.**, v. 50, p. 293-298, 2005.

VALLA, V. V., 1999b. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(Sup.):7-14.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. et al. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1149-1156, 2015.

VAN DER LINDEN, W. J. *Handbook of Item Response Theory*, 2 ed, New York: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2016.

WANG, T.J.; GONA, P.; LARSON, M.G.; LEVY, D.; BENJAMIN, E. J.; TOFLER, G. H.; JACQUES, P.F.; MAIGS, J.B.; RIFAI, N.; SELHUB, J.; ROBINS, S.J.; NWETON-CHEH, C.; VASAN, R.S. Multiple biomarkers and the risk of incident hypertension. **Hypertension**, v.49, p. 432–38, 2007.

WETHINGTON, E.; KESSLER, R. C. Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. **J Health Soc Behaviour**, v.27, n.1, p. 78-88, 1986.

WEBER, M. A.; SCHIFFRIN, E. L.; WHITE, W. A.; MANN, S.; LINDBOLM, L. H.; VENERSON, J. G.; et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**, v. 32, n. 1, p. 3-15, 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis**. Geneva, 2013a.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WILLIAMS, P.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. **Qual Health Res**, v. 14, n. 7, p. 942-60, 2004.

YUSUF, S.; REDDY, S.; ÔUNPUU, S.; ANAND, S. Global burden of cardiovascular diseases. Part II: Variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. **Circulation**, v.104, n.23, p.2855–64, 2001.

ZAITUNE, M. P. DO A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 285–294, fev. 2006.

ZHAO, D.; QI, Y.; ZHENG, Z.; WANG, Y.; ZHANG, X. Y.; LI, H. J.; et al. Dietary factors associated with hypertension. **Nat Rev Cardiol**, v.8, n. 8, p.456-65, 2011.

ZILS, A. A. et al. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n. 4, p. 270-276, 2009.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e está sendo desenvolvida pela parceria de docentes das áreas da Saúde e exatas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação do Professor PHD Neir Antunes Paes.

O Objetivo do estudo consiste em avaliar a efetividade no controle da Hipertensão arterial Sistêmica e Associação com os fatores de risco no município de João pessoa-PB no ano de 2015. A finalidade deste trabalho é contribuir para a formação de recursos humanos (graduação, especialização, mestrado e doutorado) para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas voltadas para ações de controle a HAS como atividade inserida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação da efetividade das ações de controle da HAS no SUS.

Solicitamos sua colaboração para realização de entrevistas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis para a saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Contato com o pesquisador Responsável

Neir Antunes Paes. Endereço: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Departamento de Estatística. Telefone: (083) 3216-7075/ ramal 27

Comitê de ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Endereço: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Bairro: Castelo Branco CEP: 58051-900 Telefone: (083) 3216-7791

Atenciosamente,

Estou ciente que receberei uma cópia desse documento e assinarei as demais páginas do instrumento de coleta de dados (questionário).

Em caso de analfabeto
(espaço para impressão
dactiloscópica):


Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável



João Pessoa, ____/____/____

Apêndice B – Convite e instrumento para ser direcionado aos especialistas selecionados para 1ª etapa do estudo: validação dos domínios e representatividade dos itens selecionados para a escala de apoio social

	<p style="text-align: center;">Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde e da Natureza Departamento de Estatística Programa de Pós – Graduação em Modelos de Decisão e Saúde</p>
---	---

CONVITE

Prezado (a) Senhor (a),

O estudo intitulado: “Continuidade da Avaliação da efetividade no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e associação com fatores de risco na Estratégia de Saúde da Família no Município de João Pessoa-PB” faz parte da continuidade do estudo original desenvolvido por Paes (2009) intitulado: “Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal”, elaborado junto ao Laboratório de Estudos Demográficos do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba.

Tal estudo tem por objetivo validar um instrumento para avaliação do apoio social dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e tomou por referência o instrumento adaptado e validado por Griep et al. (2003).

Para a elaboração do instrumento proposto, foram considerados todos os itens que se referem ao apoio social e que foram avaliados por intermédio da escala desenvolvida no “Medical Outcomes Study”, que mede a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social. Este instrumento foi submetido a procedimentos padronizados de tradução e versão pelo Estudo Pró-Saúde, tendo sido recomendada a sua utilização após análise de confiabilidade e validade. Como a confiabilidade depende do conjunto do processo de aferição, justifica-se que o desempenho deste instrumento também seja avaliado no contexto do nosso estudo.


O processo de validação será realizado em duas etapas sucessivas: a primeira constituída pela validação da representação dos itens que irão compor cada construto e a segunda etapa será constituída pela validação do instrumento por meio de análises estatísticas.

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo como especialista para avaliação dos domínios propostos e da clareza, pertinência e representatividade dos itens que estão compondo cada construto do instrumento. O seu conhecimento e experiência na área em questão irão contribuir de forma significativa e relevante com o nosso estudo, de forma que ressaltamos a importância da sua participação. Informações quanto ao procedimento de avaliação do instrumento proposto serão fornecidos, de forma que estaremos à disposição para dirimir qualquer dúvida. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária, de forma que solicitamos que nos seja comunicada a decisão quanto à participação.

Desde já agradecemos a sua atenção e participação.

Jairo Domingos de Moraes

Doutorando do Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão em Saúde

	<p style="text-align: center;">Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde e da Natureza Departamento de Estatística Programa de Pós – Graduação em Modelos de Decisão e Saúde</p>
---	--

INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO

A avaliação do instrumento proposto será realizada a partir de uma análise quantitativa dos itens que compõem cada construto de análise ou domínios, de forma a serem avaliados os domínios propostos e a clareza, pertinência e representatividade dos itens que estão compondo cada construto. Para esta avaliação, seguem algumas orientações e definições:

O Apoio social (social support) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo). Diversos estudos evidenciam a relevância desse apoio para a saúde com efeitos positivos para quem recebe, como também para quem disponibiliza o apoio.

A escala de apoio social escolhida foi elaborada, originalmente, para o Medical Outcomes Study (MOS). Trata-se de um estudo que abrangeu 2.987 adultos, usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos, que apresentavam uma ou mais das seguintes doenças crônicas: hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão. Na sua forma original, esse instrumento foi concebido para abranger cinco dimensões de apoio social:

- Material (quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material;
- Afetiva (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto;
- Interação social positiva (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se;
- Emocional (quatro perguntas) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo, situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida;
- Informação (quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE

1º PASSO – Avaliação dos Domínios - Primeiramente, pedimos que cada especialista avalie os domínios que são: **Apoio Material, Apoio Afetivo, Interação social Positiva, Apoio Emocional e Apoio Informacional** disponibilizado para o apoio social ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Verifique se a estrutura do domínio e seu conteúdo estão corretos, se o conteúdo contido no domínio é representativo e se está apropriado aos respondentes. Portanto, considere o conceito de abrangência conforme descrito abaixo na sua avaliação:

- ***Abrangência:*** verificar se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens.

2º PASSO - Posteriormente, pedimos para o/a especialista avaliar cada item separadamente, considerando o conceito de clareza e pertinência/representatividade conforme descrito:

- ***Clareza:*** Avaliar a redação dos itens, ou seja, verificar se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir;
- ***Pertinência ou representatividade:*** notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequados para atingir os objetivos propostos.

3º PASSO - Cada especialista poderá sugerir a exclusão ou mudanças de itens nos domínios e opinar se os itens realmente pertencem ao domínio correspondente. Como o instrumento apresentado toma por referência o instrumento adaptado e validado por Griepet al. (2003). Os especialistas poderão sugerir exclusões ou mudanças dos itens entre os domínios propostos ou ainda sugerir a inclusão de um item ou itens, que não foram considerados no instrumento proposto.

Utilize a escala sobre concordância para avaliar estes critérios, assinalando um X no campo correspondente. Abaixo de cada escala, deixamos espaços para que possa redigir sugestões, sugerir mudanças e/ou eliminação de itens, ou fazer comentários.

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO COM FOCO NO APOIO SOCIAL DO USUÁRIO COM HAS

DOMÍNIO A: APOIO MATERIAL

A.1	Se você precisar, com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?
A.2	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo ao médico?
A.3	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?
A.4	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

Os itens do Domínio A realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio A é claro, está compreensível? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio A é representativo ao conceito explorado? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Os itens do Domínio A devem permanecer nesse domínio? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Griep et al. (2003)?

COMENTÁRIOS:

DOMÍNIO B: APOIO AFETIVO

B.1	Se você precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?
B.2	Se você precisar, com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?
B.3	Se você precisar, com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?

Os itens do Domínio B realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio B é claro, está compreensível? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio B é representativo ao conceito explorado? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Os itens do Domínio B devem permanecer nesse domínio? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Griep et al. (2003)?

COMENTÁRIOS:

DOMÍNIO C: APOIO EMOCIONAL

C.1	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ouvi-lo, quando você precisar falar?
C.2	Se você precisar, com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?
C.3	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

C.4

Se você precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?

Os itens do Domínio C realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio C é claro, está compreensível? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio C é representativo ao conceito explorado? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Os itens do Domínio C devem permanecer nesse domínio? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Griep et al. (2003)?

COMENTÁRIOS:

DOMÍNIO D: APOIO INFORMACIONAL

D.1	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar bons conselhos em situações de crise?
D.2	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?
D.3	Se você precisar, com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?
D.4	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?

Os itens do Domínio D realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio D é claro, está compreensível? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio D é representativo ao conceito explorado? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Os itens do Domínio D devem permanecer nesse domínio? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Griep et al. (2003)?

COMENTÁRIOS:

DOMÍNIO E: INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA

E.1	Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?
E.2	Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?
E.3	Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem relaxar?
E.4	Se você precisar, com que frequência conta com alguém para se divertir junto?

Os itens do Domínio E realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio E é claro, está compreensível? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Cada item do Domínio E é representativo ao conceito explorado? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

COMENTÁRIOS:

Os itens do Domínio E devem permanecer nesse domínio? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Griep et al. (2003)?

COMENTÁRIOS:

Anexo 1 – Instrumento de satisfação com APS

[illegible]

SUB TOTAL				serviço de saúde?	
D.10	Outras Rendas	1. Bolsa Família		H. ACESSO AO TRATAMENTO	
		2. Bolsa Escola		Para as questões C.1 a C.2 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
		3. Aluguel			
		4. Outras			
Total de Renda Familiar				H.1	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?
E. Fatores de Risco e Doenças Concomitantes					
		Prontuário		Usuário	
E.1	Antecedente Familiar Cardiovascular	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.2	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?
E.2	Diabetes T1	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	Para as questões C.3 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR	
E.3	Diabetes T2	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.3	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?
E.4	Tabagismo	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	Para as questões C.4 a C.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
E.5	Sedentarismo	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.4	O(A) Sr(a). foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava o tratamento medicamentoso?
E.6	Sobrepeso/ Obesidade	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.5	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
E.7	Infarto Agudo Miocárdio	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.6	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está fazendo a dieta diariamente?
E.8	Outra Coronopatia	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.7	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que está tomando a medicação?
E.9	AVC	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	I. ADESAO/VÍNCULO	
E.10	Pé Diabético	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	Para as questões D.1 a D.8 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
E.11	Amputação por diabetes	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.1	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?
E.12	Doença Renal	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.2	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?
E.A		Informações do Prontuário		Informações do usuário	
E.13	Etilismo	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.3	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?
E.14	Menopausa	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.4	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
E.15	Uso de contraceptivo hormonal	()S1 ()N1 ()N/S1	()S2	H.5	Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?
E.16	Nº de medicação da HAS			I.6	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?
E.17	Número de vezes que retornou em 20__ (no prontuário)			I.7	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?
F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS					
Para as questões A.1 e A.2 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR					
F.1	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?	I.8			
F.2	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?	Para a questão D.9 responda: 1 - Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR			
G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO					
Para a questão B.1 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR					
G.1	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça, tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?	I.9			
O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?					
Para as questões B.2 a B.5 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR					
G.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça, tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	I.10			
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça, tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da HAS.			
G.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça, tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	J.1			
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça, tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar o	J.2			
J. ELENCO DE SERVIÇOS					
Para as questões J.1 a J.11 responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR					
Informação sobre a HAS e seu controle?					
Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?					
Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?					
Visitas domiciliares?					
O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo					

	em todos os dias úteis da semana?	M. ENFOQUE NA FAMÍLIA		
J.7	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	Para as questões M.1 a M.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
J.8	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?	M.1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	
J.9	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?	M.2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	
J.10	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?			
J.11	É agendada a sua consulta de retorno?	M.3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	
L. COORDENAÇÃO		Para as questões L.1 a L.4 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
		N. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE		
L.1	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde profissional que acompanha seu tratamento?	Para as questões N.1 a N.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
L.2	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?	N.1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	
L.3	O(A) Sr(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	N.2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	
L.4	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	N.3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?	

Anexo 2 – Instrumento de Apoio Social

Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.1	que o ajude, se ficar de cama?					
O.2	para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
O.3	para dar bons conselhos em situação de crise?					
O.4	para levá-lo ao médico?					
O.5	que demonstre amor e afeto por você?					
O.6	para se divertir junto?					
O.7	para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
O.8	em que confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
O.9	que lhe dê um abraço?					
O.10	com quem relaxar?					
O.11	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las					
O.12	de quem você realmente quer conselhos?					
O.13	para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
O.14	para compartilhar suas preocupações e medos íntimos?					
O.15	para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
O.16	com quem fazer coisas agradáveis?					
O.17	que compreenda seus problemas?					
O.18	que você ame e que faça você se sentir querido?					
O.19	com quem distrair a cabeça?					

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 22/10/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“CONTINUIDADE DA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB”**, do pesquisador Neir Antunes Paes. Prot. nº 0531/15. CAAE: 49405015.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

Anexo 4 – Parecer do Departamento de Estatística

DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



PROCESSO: 23074.053659/2015-95
ASSUNTO: Apreciação de Projeto de Pesquisa
INTERESSADO: Professor Neir Antunes Paes

CERTIDÃO AD REFERENDUM 03/2015

Aprovo “Ad referendum” do Colegiado do Departamento de Estatística, condicionado a aprovação do Projeto no Comitê de Ética, o Projeto de Pesquisa do Professor **Neir Antunes Paes** intitulado “**CONTINUIDADE DA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB**”.

Departamento de Estatística da UFPB, em 01 de outubro de 2015.

Prof. Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho
Chefe do Deptº de Estatística
CCEN-UFPB
Mat. SIAPE: 1724406

Anexo 5 – Encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 28 de setembro de 2015

Processo nº 15.177/2015

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **DS I, DS II, DSIII, DS IV e DS V**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **JAIRO DOMINGOS DE MORAIS**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“CONTINUIDADE DA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Ana Paula Vasques Nogueira
Técnica da Gerência de
Educação na Saúde
Mat.: 66.939-0

P/Ana Paula Vasques Nogueira

Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde